

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

435

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

**Des Rapports de la Scarlatine
avec la Tuberculose**

PAR

Marie KOURTOVITCH

Président : M. NOBÉCOURT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

432

435

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Rapports de la Scarlatine avec la Tuberculose



PAR

Marie KOURTOVITCH

Président : M. NOBÉCOURT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	N.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laringologique.....	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	LABBE HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DEBRE	TINE	OKINCZYK	
DESMAREST			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NOBECOURT

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique des maladies des Enfants

Médecin de l'Hôpital des Enfants malades

En témoignage de notre vive reconnaissance d'avoir bien voulu présider notre thèse et de nous avoir prodigué des conseils précieux au cours de notre séjour à l'Hôpital des Enfants malades.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur honoraire de clinique des maladies des enfants

Médecin honoraire des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de notre gratitude
pour avoir bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et pour nous avoir
guidé dans nos études au cours de
deux ans que nous avons passés dans
son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAILLET

Chef de Clinique à l'Hôpital des Enfants malades

En témoignage de notre vive reconnaissance pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISY

Chef de Clinique à la Clinique Baudelocque

A MONSIEUR LE DOCTEUR NADAL

Chef de Clinique à l'Hôpital des Enfants malades

Scarlatine et tuberculose

Etude clinique et de quelques autres complications respiratoires non tuberculeuses

Le but de notre travail a été de rassembler les documents que nous avons pu consulter sur la scarlatine en rapport avec la tuberculose et d'en dégager l'influence réciproque qu'elles pouvaient avoir l'une sur l'autre.

Nous avons à cet effet déposé les observations d'enfants atteints de scarlatine à l'Hôpital des Enfants Malades auxquelles nous avons ajouté les observations françaises et étrangères trouvées dans la littérature médicale.

Nous faisons en même temps précéder cette étude par un aperçu de quelques complications respiratoires autres que tuberculeuses qui peuvent survenir au cours de la scarlatine.

Voici le plan que nous avons adopté :

I. — Aperçu général des complications des voies respiratoires au cours de la scarlatine.

II. — Des relations de la tuberculose avec la scarlatine.

III. — Schéma des complications respiratoires et de la tuberculose dans les autres fièvres éruptives.

IV. — Conclusions.

V. — Bibliographie.

Aperçu général des complications des voies respiratoires au cours de la scarlatine

Si nous parcourons les classiques, nous constatons qu'à part des observations de rhinite purulente et des infections de l'arrière cavité des fosses nasales, la plupart de leurs travaux sont muets au sujet des complications de la scarlatine pouvant survenir du côté du larynx, de l'arbre bronchique, des poumons ou de la plèvre. Notre maître, le Prof^r HUTINEL (1) a insisté à plusieurs reprises sur cette lacune et a déjà inspiré à quelques-uns de ses élèves le sujet de leurs thèses.

Parmi celles-ci nous pouvons noter celles de SAINT PAUL (2), PRADELLE (3), ROGERY (4), et plus récemment celles de TOUPANCE (5) et de GÉRIN (6); lui-même dans différentes leçons cliniques a fait des communications

(1) HUTINEL, La Scarlatine et l'Appareil respiratoire (*Le Bulletin Médical*, 22 juillet 1914, p. 727).

(2) SAINT-PAUL, *Etude de 300 cas de scarlatine observés à l'Hôpital des Enfants malades pendant l'année 1903*. Thèse, Paris, 1905.

(3) PRADELLE, *La Broncho-Pneumonie scarlatineuse*. Thèse de Lyon, 1905.

(4) ROGERY, *Contribution à l'étude des pleurésies dans la scarlatine*. Thèse, Paris, 1908.

(5) TOUPANCE, *Les complications respiratoires de la scarlatine*. Thèse Paris, 1914.

(6) GÉRIN, *De l'influence de la scarlatine sur quelques états antérieurs*. Thèse, Paris, 1916.

développées sur les complications respiratoires de la scarlatine. Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire qu'on peut trouver notamment très complet dans la thèse de TOUPAUCE à laquelle nous renvoyons le lecteur ; quand à la tuberculose nous en reparlerons en la traitant dans la seconde partie de notre thèse.

Laryngite

Si l'on s'en tient à l'axiome de TROUSSEAU (1), la scarlatine n'aime pas le larynx, on trouve cependant de nombreuses exceptions. Déjà GRAVES (2) dans ses leçons cliniques cite le cas de certains scarlatineux qui peuvent présenter des accidents et mourir du croup. Depuis, diverses communications en ont été faites notamment par CHAUSSERIE-LAPRÉE (3), MC. MOROW (4) ; GOUGET (5) qui rapporte quatre cas de laryngites scarlatineuses sur 858 scarlatines ; le professeur HUTINEL (6), trois cas personnels que nous rapportons ici à titre d'exemple ainsi que ceux de GIOSEFFI (7).

(1) TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*. 1868, 3^e éd., t. I.

(2) GRAVES, *Leçons de clinique médicale*, 1863, t. I, p. 440.

(3) CHAUSSERIE-LAPRÉE, *Les rhinites purulentes dans la scarlatine* Thèse, Paris, 1900.

(4) MC. MORROW, *Predisposition of childien to lung complications as a result of whooping-cough, scarlet fever or measles*. (New-York, *Med. Journ.*, 1895, LXI 788).

(5) GOUGET, La scarlatine (enfants) à l'hôpital Claude Bernard en 1908. (*Rev. de Médecine*, Paris, 1910, p. 1).

(6) HUTINEL, *l. c.*

(7) GIOSEFFI, Complicazione laringee nelle malattie infettive con speciale riflesso alla scarlatina. (*Riv. de Clin. Pediatr.*, 1909, t. 7, f. 4, p. 313).

D'après ce dernier auteur, des altérations laryngées *non diphtériques* ont été observées à maintes reprises dans la scarlatine, plutôt tardivement et particulièrement dans les cas graves, où l'infection ne resté pas localisée, mais se propage du côté du larynx, finissant par envahir la trachée.

MC. MOROW, admet également la possibilité que l'infection puisse s'étendre en bas par la muqueuse vers le larynx et la trachée.

En général, ces accidents apparaissent chez de jeunes enfants, au-dessous de six ans, ayant présenté des complications graves du côté des muqueuses nasales et pharyngées.

Dans la période initiale éruptive ou prééruptive, on ne rencontre pas d'altérations marquées, à part la raucité de la voix, la toux avec voix rauque, accompagnés de quelques signes catarraux humides; cependant, il existe, quoique exceptionnellement, des cas d'éruption d'exanthème scarlatineux accompagné de sténose laryngée rappelant le croup. HÉNOCH fût un de ceux qui ont le plus attiré l'attention sur ces cas de faux croup (1), s'expliquant soit par un œdème collatéral consécutif à une nécrose pharyngée (SEITZ) (2), soit une laryngite streptococcique (POPISCHELL) (3).

(1) HÉNOCH, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. 1892, Paris.

(2) SEITZ, in-Gouget l. c.

(3) POPISCHELL, Streptokokkencroup bei septischen Scharlach. (*Tahib. für Rindech*, 1897, p. 231).

A côté des cas où le larynx n'est qu'effleuré en somme par l'infection streptococcique de la partie supérieure des voies respiratoires (rhinites purulentes, infection du cavum et angines ulcéronécrotiques) se manifestant simplement par un peu d'enrouement et un léger degré d'irritation du larynx, sans qu'il y ait des accidents sérieux, il y a malheureusement des cas où les symptômes sont autrement graves et fréquemment mortels.

Ces symptômes se présentent alors plutôt sous l'aspect d'un faux croup que celui d'un croup diphtérique. Sur neuf trachéotomies de KLOSE, six ont été faites pour des croups scarlatineux sans diphtérie (1). Il y a des phénomènes de suffocation avec voix tour à tour enrrouée et éteinte. La dyspnée se montre progressivement de plus en plus menaçante, avec tirage et accès de suffocation. Les tentatives de tubage qui sont alors essayées se montrent en général délicates et difficiles à effectuer par suite de la présence d'un spasme, qui provoque l'inhibition des battements du cœur. La mort se produit en général après une série de syncopes.

A l'autopsie, on trouve du côté du larynx une inflammation de la muqueuse laryngée et du muco pus riche en streptocoques. Les follicules sont saillants, par contre, les ulcérations et les nécroses du cartilage sont exceptionnelles.

En résumé : *la laryngite scarlatineuse est la consé-*

(1) KLOSE, in-Hutinel l. c.

quence de l'infection par voie descendante, d'origine nasale et buccale.

Nous rapportons, à titre d'exemple, trois observations du professeur HUTINEL et deux observations de GIOSEFFI et de GIGON.

OBSERVATION I (Prof^r HUTINEL)

Garçon, 4 ans $\frac{1}{2}$: entre pour une varicelle. Quinze jours après : scarlatine. Celle-ci est dès le début très grave : T. 41°, pouls 160. Amygdales volumineuses, rouge violacé ; vomissements fréquents ; éruption forte, purpurique. Ulcérations nécrotiques sur les amygdales et les piliers ; gonflement des ganglions cervicaux. Profonde asthénie. Le soir du 5^e jour : suffocations. Voix enrouée, puis éteinte : tirage et oppression. Les tentatives de tubage échouent à cause du spasme. Syncopes. Mort dans la nuit.

Autopsie. Muqueuses laryngées grisâtres avec quelques follicules saillants ; petite ulcération sur le cartilage aryénoïde gauche. La muqueuse sous-glottique, trachéale et bronchiale tuméfiée et recouverte de mucus où l'on trouve du streptocoque pur.

OBSERVATION II (Prof^r HUTINEL)

Fillette, 3 ans $\frac{1}{2}$, février 1914. Scarlatine grave sans hypertension. Ulcération sur les amygdales : écoulement purulent par les narines ; tuméfaction des ganglions cervicaux.

Dans la nuit du 5^e au 6^e jour : dyspnée avec tirage, rauçité de la voix et ecchymose. On ne tente pas de tubage et l'enfant succombe.

Autopsie. — Muqueuse laryngée grisâtre, tuméfiée ; la muqueuse laryngo-trachéale sous-glottique est rouge, gon-

flée et du mucopus se retrouve dans les grosses bronches. Infection streptococcique.

OBSERVATION III (Prof^r HUTINEL)

Fillette, 6 ans. Entre le 30 mai. Scarlatine en pleine éruption. Peau très rouge ; les amygdales sont grosses et violacées ; langue déjà dépouillée. Rhinite purulente et légère adénopathie cervicale. T. 40°. Pouls très fréquent. T A = 11. Un peu d'acétone dans les urines ; pas d'albumine.

2 juin : Les ulcérations nécrotiques creusent les amygdales. A une heure, suffocation, dyspnée intense et tirage. Sans succès on tente le tubage. Mort à trois heures du matin.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION IV (1)

Il s'agissait d'un *abcès prétrachéal* dans un cas de scarlatine, qui avait déterminé un accès de suffocation mortel chez un enfant.

Le 25 mars 1908, vient à l'hôpital, un nourrisson de neuf mois, présentant un exanthème avec une angine. L'examen de la sérosité de l'angine révèle de nombreux cocci et quelques formes rares de microbes à double coloration. Dans les premiers jours, la voix est un peu rauque et voilée.

Le 30 avril, brusque quinte avec élévation de température à 39°,5, éruption diffuse scarlatineuse ; la température les six jours suivants se maintient à 39° et pendant les trois jours consécutifs à 38°. Pendant les dix

(1) GIOSEFFI, Complicazioni laringe nelle malattie infettive cor speciale riflesso alla scarlatina. (*Rivista di clinica pediatrica*, 1909, t. 7, f. 4, p. 313).

jours de l'éruption il se manifeste des signes d'une sténose modérée ne nécessitant pas d'intervention ; quand brusquement se produit un accès de suffocation auquel succombe le nourrisson.

Autopsie. — On trouve un sac purulent du volume d'une noix entre les muscles sternothyroïdien à la face antérieure de la trachée, s'étendant à la cricoïde, sans exercer cependant de compression véritable sur la pneumogastrique, le recouvrant, ainsi que l'œsophage et les gros vaisseaux.

Les parois de l'abcès sont adhérents au sommet du lobe supérieure du poulmon droit, parsemé de granulations d'un foyer de broncho-pneumonie confluent. Au pôle inférieur de cet abcès, la majeure partie est transformée en un tissu fibreux adhérent au feuillet péricardique. Dans le pus, on note du streptocoque pur.

On se trouve donc en face d'une suppuration de ganglions prétrachéaux par infection streptococcique par suite de lésions laryngées et trachéales (la muqueuse du larynx et de la trachée ont été trouvés fortement hyperémiés), résultat de la propagation éruptive de date récente.

OBSERVATION V (GIOSEFFI)

Le 17 décembre 1907. Enfant de 4 ans, entre à l'hôpital présentant une fièvre modérée, langue framboisée caractéristique avec une éruption scarlatiniforme sur tout le corps. Les glandes du cou avaient le volume d'une amande. Pas de lésions articulaires ou rénales. La scarlatine fit un cours normal sans complication.

Le frère aîné entre avec un mal de gorge ; pas de vomissements ni d'exanthème ; angine. Le 23 décembre, on constate la formation d'un abcès amygdalien gauche, qui fut incisé et qui guérit en quelques jours. Etant donné la scarlatine du frère cadet, malgré l'absence d'exanthème, on fait également le diagnostic de la scarlatine pour le frère aîné.

Le troisième frère, âgé de quatre ans, vient également avec une fièvre élevée, avec dyspnée, bruit du cornage, toux rauque, comme un aboiement. Il présente les signes d'une sténose laryngée ; il avait le visage cyanosé, la jugulaire turgescente. Sur le tronc et les muscles inférieurs, exanthème classique de la scarlatine.

D'après le père, les signes de suffocation dataient d'un jour et augmentaient d'intensité. A l'examen : langue framboisée, les amygdales, le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx montraient des stries blanchâtres. Glandes sous-maxillaires volumineuses. Rate palpable. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Diarrhée. Le prélèvement de l'enduit amygdalien présente une culture pure de streptocoque avec absence complète de bacilles de Löffler.

Les symptômes laryngés s'amendent peu à peu et évitent l'intervention opératoire.

Le jour suivant on ne note que des phénomènes d'une légère bronchite avec quelques ronchus et des sibillances.

Le 21 décembre : l'exanthème palit. Desquamation. La température à 39° pendant les deux premiers jours, tombe les deux jours suivants à 38° et diminue progressivement pour devenir au bout de dix jours complètement normale. Le treizième jour, monte brusquement à 39°. Otite qui se guérit en quelques jours.

OBSERVATION VI (GIGON)

Garçon de 13 ans. Au cours de sa sixième semaine de convalescence de la scarlatine, est affecté d'un croup typique du larynx et de la trachée. Il était cependant resté complètement isolé, sans aucun contact avec un diphtérique. L'amélioration et la guérison ne se produisirent qu'à la suite de l'intubation et l'expulsion des membranes.

On peut considérer ce cas comme un croup scarlatineux réel.

Bronchites et Bronchopneumonies

Les complications bronchiques et bronchopulmonaires ne sont presque jamais citées comme complication de la scarlatine : cependant elles ne sont pas si exceptionnelles que tiendraient à l'admettre les auteurs classiques. Elles sont même loin d'être rares : dans le cas de scarlatine grave la broncho-pneumonie, d'après une statistique de GOUGET, se retrouve dans 16,43 % des cas ; onze fois il s'agissait de simple bronchite.

C'est surtout parmi ceux atteints de rhinite purulente et d'angines graves qu'on observe la présence de râles muqueux et de sibillances dans les bronches. Comme la bronchite est un symptôme qui est à l'arrière plan du tableau clinique et ne comporte pas de gravité au point de vue du pronostic, elle vient assez vite tandis que la scarlatine continue à évoluer. Nous nous contenterons de rapporter simplement une observation à titre d'exemple.

GIRARD (1). . . OBSERVATION VI

Garçon, 4 ans. Consécutivement à une scarlatine ayant évolué avec des symptômes intenses, présente pendant sa convalescence quelques poussées de fièvre en même temps qu'un engorgement de la région sus-claviculaire. A l'auscultation : signes de bronchite, ronchus et sibillances ; poussées herpétiques de la lèvre inférieure.

(1) GIRARD, *Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine*. Thèse, Paris, 1900, p. 86.

L'étude de la *broncho-pneumonie* comme complication de la scarlatine est autrement intéressante par la gravité qu'elle comporte et l'importance qu'elle peut prendre dans la manifestation des symptômes cliniques, ignorée par les auteurs classiques comme nous l'avons déjà dit, nous trouvons par contre dans la littérature récente et notamment dans le travail de notre maître, le professeur HUTINEL (1), plusieurs preuves d'une fréquence tout au moins relative. Ainsi, plus du quart des sujets qui succombent à la scarlatine au Pavillon d'isolement des Enfants Malades, présentent de la broncho-pneumonie.

D'après GOUGET, elle serait même commune dans les cas mortels ; souvent même, elle est même méconnue, masquée par des symptômes plus bruyants ; sur 2.658 scarlatines infantiles, GOUGET trouve 66 bronchopneumonies (2,48 %) avec une mortalité de 50 %.

Nous pouvons citer parmi les auteurs qui ont rapporté des cas de broncho-pneumonie au cours de la scarlatine, CHAUSSERIE-LAPRÉE, BARTHELEMY (2), DE SAINT-PAUL (5 cas), PRADELLE (8 cas), TOUPANCE.

ACKER (3) a noté également souvent des broncho-pneumonies scarlatineuses, qu'il est difficile, dit-il, de distinguer de la pneumonie croupieuse.

(1) HUTINEL, Les complications respiratoires de la scarlatine. (*Bull Médic.*, 1914).

(2) BARTHELEMY, *De l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infectieuses*. Thèse de Paris, 1903.

(3) ACKER, *Amer. Journ. of Obst.*, N.-York, 1896, XXIII (discussion), p. 122.

En général, elle est consécutive à une infection grave de la partie supérieure des voies respiratoires (rhinite suppurée, infection du cavum) ; sont atteints particulièrement les enfants avec une respiration nasale défectueuse (végétations adénoïdes, muqueuse pituitaire épaissie, fosses nasales trop étroites, etc.).

La broncho-pneumonie est surtout à craindre dans la scarlatine associée avec la rougeole ; celle-ci quand elle est plus tardive offre moins de chances à redouter cette complication. Dans ce cas, ce sont les broncho-pneumonies morbilleuses sur des voies respiratoires déjàensemencées de streptocoques par la scarlatine.

En général la broncho-pneumonie est une complication terminale d'une scarlatine dont la plupart des organes sont profondément lésés et elle présente alors des symptômes peu accusés. Cependant, dans d'autres cas nous trouvons tous les caractères typiques de cette affection : dyspnée, tirage, battements des ailes du nez et à l'auscultation plusieurs foyers de râles sous-crépitaux, avec souffle plus ou moins net. A l'examen nécropsique, on constate de l'infection streptococcique avec tendance suppurative des bronches et des lobules pulmonaires et souvent avec réaction pleurale.

Sur 34 observations de scarlatine à formes malignes recueillies depuis quinze mois (1913-1914), aux Enfants Malades, le professeur HUTINEL note que quatre de ces enfants ont été emportés par des broncho-pneumonies infectieuses ; ils étaient tous atteints d'angines ulcéro-nécrotiques et de rhinites.

De même il a observé quelques années auparavant aux Enfants assistés 7 cas dans le même pavillon d'isolement ; ces broncho-pneumonies s'étaient transmises par voie de contagion chez des enfants au-dessous de deux ans.

D'après le professeur Hutinel, la broncho-pneumonie au cours de la scarlatine est une complication grave et souvent fatale ; elle résulte manifestement de la propagation à l'arbre bronchique d'une infection virulente de la gorge et du nez ; le sujet se défend d'autant plus mal qu'il est plus jeune et atteint d'une façon plus maligne.

RIBADEAU, DUMAS et HARVIE (1) rapportent l'observation d'une fillette de 7 ans, P. A. qui fait une scarlatine typique, 8 avril 1910 ; l'angine s'aggrave et prend un caractère gangréneux. Pouls 130 petit. T. A. = 11. Le 20 avril, la malade est prostrée, T. A. = 8. L'érythème scarlatiniforme se propage ; phénomène de la ligne blanche ; faciès grippé. Paralyse du voile du palais. Pas de Löffler sur les amygdales, ni dans les exsudats. Morte le 2 mai 1910.

Autopsie. — Poumons : broncho-pneumonie congestive pseudo-lobaire bilatérale. — Cœur mou. — Dégénérescences multiples du foie et des surrénales.

Il est à noter que les phénomènes pulmonaires avaient passés complètement inaperçus pendant la vie.

Comme nous l'avons déjà pu constater, malgré l'ignorance des classiques les complications respiratoires dans la scarlatine ne sont pas aussi rares qu'on l'avait admis. Ainsi dans la thèse de PRADELLE (1) nous trouvons huit

(1) RIBADEAU, DUMAS et HARVIC, *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1912, 12 Janvier, p. 28.

observations cliniques dont six relevées sur un total de 212 cas de scarlatine.

Nous nous permettons d'en rapporter les résumés :

OBSERVATION I

J. F., 8 ans. Surdi-mutité congénitale. Scarlatine grave. Angine avec membranes à coccis d'abord, puis à staphylocoques. Bronchite, puis, vers le dixième jour, broncho-pneumonie à prédominance gauche. Empyème gauche à pneumocoque staphylocoque et surtout streptocoque. Etat général grave. Thoracotomie. Mort.

Autopsie. — Broncho-pneumonies suppurées totale avec hépatisation grise du côté gauche. Volumineux abcès du lobe supérieur gauche. A droite, bronchéolite avec congestion et splénisation. Adénopathie trachéobronchique très marquée ; grosse rate ; foie infectieux. Abcès au milieu du rein, d'origine pyohémique.

OBSERVATION II

M. J., 2 ans. Scarlatine : éruption discrète, angine grave ; toux générale ; bronchite dès le début ; broncho-pneumonie précoce. Mort le dixième jour.

Autopsie. Pleurésie droite séro-purulente. Lésions de broncho-pneumonie aux deux poumons avec carnisation. Pleurésie sèche de la base gauche.

OBSERVATION III

J. J., 18 ans. Scarlatine hyperthermique à l'entrée, anurie presque complète, bronchite diffuse, agitation, broncho-pneumonie ; mort le huitième jour.

Autopsie. — Rein dont la capsule entraîne des parcelles de substance corticale à la décortication. Cœur à ventricule

gauche hypertrophié. Tuberculose pulmonaire ancienne. Ganglions médiastinaux caséux. Broncho-pneumonie suppurée de la Base droite. Goitre. Capsules surrénales hypertrophiées. Foie gras.

OBSERVATION IV

P. L., 5 ans $\frac{1}{2}$. Scarlatine, éruption discrète, angine très bénigne, pas d'adénopathie. Toux opiniâtre, bronchite. Le huitième jour, broncho-pneumonie à foyers successifs. Urines sans albumine. Guérison.

OBSERVATION V

C. L., 4 ans $\frac{1}{2}$. Scarlatine, exanthème bien accusé, angine grave, broncho-pneumonie le second jour de l'exanthème. Guérison.

OBSERVATION VI

F. M., 2 ans $\frac{1}{2}$. Scarlatine, angine à streptocoques, adénopathie carotidienne, écoulement purulent par le conduit auditif externe, bronchite, broncho-pneumonie le dix-neuvième jour. Mort le lendemain.

OBSERVATION VII

G. G., 4 ans $\frac{1}{2}$. Scarlatine très fébrile. Angine membraneuse à coccis. Suppuration des deux oreilles. Absès ganglionnaire. Broncho-pneumonie. Guérison.

OBSERVATION VIII

M. A., 1 an. Eruption scarlatiniforme passagère. Broncho-pneumonie. Guérison.

Sur un total de 322 cas de scarlatine pure, PRADELLE trouve 8 complications de broncho-pneumonie, ce qui fait une fréquence de 2,48 % ; ROCHELY, dans sa statistique, trouve un pourcentage de 1,08 %.

Comme le dit à juste titre PRADELLE, le pourcentage est très irrégulier et la statistique de RUSKIN qu'il cite, présente une année 10 % et l'année suivante 0 % de complications respiratoires.

D'après les observations, les cas qui présentent cette complication redoutable ont dès le début une angine précoce grave, avec un engorgement marqué. La toux semble être un symptôme constant. La broncho-pneumonie est très variable suivant son intensité et parfois elle peut même être méconnue cliniquement parmi tous les autres symptômes à manifestations plus bruyantes. Son apparition est très variable aussi bien au début, au milieu, qu'à la fin de la scarlatine ; ROCHELY, par contre, soutient que c'est à la période de desquamation qu'elle se manifeste le plus souvent. Elle se fait par poussées successives ou en une seule fois. Le tirage sous et sus-sternal, la dyspnée avec les battements des ailes du nez, le nombre de respirations augmentées, la fréquence du pouls, la température élevée, tous ces symptômes réunis en feront le diagnostic. L'auscultation en général tranchera difficilement le diagnostic, car les caractéristiques stéthoscopiques de la broncho-pneumonie, sont complètement masquées par toutes les sibillances, les ronchus et tous les râles divers qu'on peut entendre.

Le pronostic est toujours fort grave : la mortalité dans les cas rapportés par Pradelle était de 50 %.

OBSERVATION V (1)

G. E., 4 ans. Entré le 14 février 1903 pour scarlatine. La température remonte les jours suivants et l'on constate de la *broncho-pneumonie double*. Un peu de submatité droite fait craindre une pleurésie ; ponction exploratrice négative. L'enfant est pris de varicelle le 24. Il succombe le 27, avec 41°, sans symptômes méningés.

Une ponction lombaire faite le jour de la mort donne issue à 10 centimètres cubes de liquide légèrement teinté de sang ; il ne contient pas de leucocytes, mais quelques globules rouges ; on y constate des traces d'albumine. Les cultures ne donnent que du streptocoque blanc.

Autopsie : cerveau très légèrement congestionné.

A notre esquisse sur la broncho-pneumonie dans la scarlatine, nous pouvons citer la thèse de BESSE (2) qui en fait une étude spéciale et rapporte sept observations personnelles, comprenant une guérison et six morts.

Dans ses conclusions, cet auteur déclare que la broncho-pneumonie scarlatineuse se rencontre assez fréquemment dans les scarlatines malignes chez des enfants entre un et huit ans ; toute lésion préalable chronique des voies respiratoires supérieures, la malignité de la scarlatine et l'âge le plus tendre, prédisposent à cette compli-

(1) NOBÉCOURT et R. VOISIN. Ponctions lombaires dans les infections broncho-pulmonaires des enfants (*Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris*, 17 mars 1903, p. 102).

(2) BESSE, Thèse, Paris, 1915.

cation, qui peut survenir, comme nous l'avons constaté également, à toutes les périodes de la scarlatine.

Sur ses sept observations, nous en détachons l'observation VII.

OBSERVATION VII

T. Ch., 11 mois. Entre le 21 février 1915 au Pavillon Trousseau. Scarlatine.

A. H. Mère âgée de 35 ans, a eu 8 enfants dont 3 sont morts, l'un de méningite, à cinq mois, les autres de complications de coqueluche. Père, depuis quatre ans, a de la laryngite tuberculeuse.

A. P. Née à terme. — Convulsions à deux mois. Impetigo. Conjonctivite phlycténulaire. A l'entrée, somnolente, prostrée. Légère éruption de scarlatine généralisée sur tout le corps. Langue dépouillée en partie ; grosses amygdales rouges, tuméfiées, recouvertes d'enduit puffacé. Jetage nasal très abondant. Quelques petits ganglions rétro-maxillaires. Pouls très rapide ; embryocardie. Albuminurie légère. T. = 40°.

Le lendemain. — Respiration accélérée : 60 par minute ; tirage sus et sous-sternal, gros foyer de broncho-pneumonie gauche, caractérisé surtout par du souffle et quelques râles sous-crépitaux.

Les jours suivants, la cyanose et la dyspnée augmentent ; la température reste au-dessus de 40°. L'enfant succombe de sa broncho-pneumonie le quatrième jour de son séjour à l'hôpital, le sixième jour de sa scarlatine.

Pneumonies

D'après le Prof^r HUTINEL l'association d'une pneumonie lobaire à la scarlatine est peu commune.

On l'observerait soit au début de la scarlatine, la précédant ou la suivant. Il rapporte deux cas caractéristiques :

OBSERVATION (HUTINEL)

Fillette, 12 ans, vient le 30 août 1909, avec tous les signes d'une pneumonie gauche. Le surlendemain, belle éruption scarlatineuse couvrant tout le corps. Amygdales et muqueuse pharyngée rouges, framboisées, langue dépouillée.

Le 9 septembre : base du poumon gauche mat, souffle de défervescence et véritable décharge urinaire. Le souffle persiste cependant. Température à grandes oscillations.

Le 9 septembre : base du poumon gauche inerte, souffle plus étendu. Signes d'une pleurésie. — Ponction le 14 septembre : liquide purulent à streptocoques. Le 16 septembre, évacuation de 150 grammes de pus séreux ; le 20, opération de l'empyème qui évacue une grande quantité de pus. La fièvre tombe. L'enfant est en bonne voie de guérison. Le soixante-troisième jour, signes d'une seconde scarlatine assez bénigne.

Dans cette observation, les signes de la pneumonie ont précédé de quarante-huit heures l'apparition de la scarlatine ; cependant, ce qui est intéressant de constater, c'est que la pleurésie n'était pas à pneumocoques comme on aurait pu s'y attendre, mais à streptocoques marqués par l'empreinte de la scarlatine.

OBSERVATION (HUTINEL)

En 1913, vient une fillette de onze ans avec les signes d'une pneumonie. Le lendemain elle présente les symptômes d'une scarlatine grave. Quelques jours après on observe une pleurésie ; le pus est également à streptocoques. On pratique l'empyème, mais l'enfant, gravement infectée, succombe rapidement.

Ces deux observations de scarlatine étaient précédées de la pneumonie, mais il y a également des cas où elle la suit. En général, la pneumonie survenant à un stade plus avancé complique en général une néphrite ou une autre infection intercurrente comme le démontre une troisième Observation du Prof^r HUTINEL ; c'est celui d'un enfant avec une néphrite scarlatineuse grave avec anasarque et albuminurie qui le surlendemain fait une pneumonie ; celle-ci fut suivie d'une pleurésie. À gauche, la ponction donne un liquide séro-fibrineux, à droite, une pleurésie purulente à pneumocoques..

La pleurésie ne suit pas inmanquablement une pneumonie scarlatineuse, GOUGET (1) l'a noté et nous-mêmes nous avons trouvé deux observations : celles d'ADAMS (2) et de KRONENBERG (3) où on n'a pas observé de pleurésie et que nous rapportons ci-dessous.

(1) GOUGET, l. c.

(2) ADAMS, *Scarlatina anginosa complicated by croupous pneumonia*. (*Amer. Journ. of Obstet.*, t. XXXIII, p. 117).

(3) KRONENBERG, *Ueber einige Erscheinungen bei schwerem Scharlach, speciell in den oberen Luftwegen*. (*Wien. Klin Rundschau*, 1900).

OBSERVATION (ADAM) (1)

H. W., âgé de 11 ans, entre le 16 février 1895.

A. P. $\frac{3}{4}$ A un an, abcès auriculaire.

A deux ans, il eut des vomissements, des indigestions et une légère éruption sur le thorax, les pieds et les jambes, bouffissure de la face ; albumine. — En même temps, écoulement par l'oreille. On suppose que c'était la conséquence d'une légère atteinte de scarlatine. Depuis se porte bien.

Deux jours avant son entrée, malaise général, fièvre poulx rapide, toux continue. A son entrée, 16-II : douleurs thoraciques ; langue chargée, grosses amygdales, éruption suspecte sur le thorax, le cou et le dos.

Diagnostic : scarlatine avec angine typique. Toux sèche douloureuse ; douleur dans la région précordiale. L'auscultation ne révèle rien.

18-II 1895. Mêmes symptômes. Rien à l'auscultation. Insomnies.

19-II. Léger délire ; la douleur péricardiale existe toujours ; pas de signes intrathoraciques. Diarrhée profuse.

20-II. Délire toute la nuit. Tousse tout le temps. A l'auscultation, en arrière, le murmure respiratoire est rude sur tout le lobe inférieur, légèrement exagéré en dessus du lobe supérieur. On suspecte la pneumonie : les signes se confirment dans l'après-midi. Tout le poulmon gauche est pris. Signes physiques d'une pneumonie croupeuse.

21-II. Mêmes signes plus marqués. Léger mieux vers le soir. Desquamation de la partie supérieure du corps.

22-II. La température commence à baisser. Râles muqueux à la partie postérieure, rien à la partie antérieure.

23-II. Quelques gros râles. Température normale. A partir de cette date, convalescence normale et l'enfant part le 15 mars, guéri.

(1) ADAM, S. S. — Scarlatina anginosa complicated by croupes pneumonia (Ann. Journ. Obstetrica, 1896, t. XXXIII, p. 117).

OBSERVATION (KRONENBERG)

Garçon de 1 an $\frac{1}{2}$. 25 juillet 1899, a la rougeole. Evolution légère, l'enfant est gai, joue et a de l'appétit pendant toute la durée de la maladie. Le 28 juillet, l'exanthème a disparu. Etat général très satisfaisant.

1^{er} août, T. : 39°,5. Adénopathie sous-maxillaire, infiltration du tissu périamygdalien. Pas d'exanthème scarlatiniforme. L'infiltration du cou augmente et le 2^e jour il y a rougeur de cette tuméfaction ; le troisième jour, fluctuation. Etat très misérable. Pouls petit: 160 ; légère bronchite ; aucune prise d'aliments. Incision profonde à travers le tissu infiltré, rigide. Il s'échappe du pus grumeleux. Tamponnement et pansement humide.

Dans les premiers jours, prostration très marquée, puis amélioration progressive, avec élimination au cou de débris sphacelés. Guérison avec du tissu cicatriciel considérable.

La convalescence est compromise par une *pneumonie lobulaire* (streptocoques ?) et un catarrhe intestinal. Pendant toute la durée de la maladie on n'a pas observé d'exanthème scarlatiniforme et seule, en plus de l'affection du cou, la desquamation lamelliforme démontra qu'il s'agissait de scarlatine.

Dans l'observation d'ADAMS (1) les signes à l'auscultation, malgré la présence d'une douleur précordiale localisée et de la toux continuelle, n'étaient pas manifestes: ces signes ne se présentaient qu'au huitième jour ; jusqu'à ce moment on ne constata aucun signe intrathoracique.

G. N. ACKER (2) déclare que la pneumonie croupeuse

(1) ADAMS, *l. c.*

(2) ACKER, *Amer. J. of. Obst.*, EFPC, t. XXXIII, p. 122.

dans les scarlatines est un phénomène rare, que la chute brusque de la température n'est pas un signe certain de diagnostic, car dans la broncho-pneumonie, cette chute peut se produire également.

Par contre, STONE (1) considère cette brusque chute de température comme un signe précieux de diagnostic.

HÖHN (2) a observé au cours d'une épidémie de scarlatine, de 10 cas, que tous ces cas étaient associés de bronchite ou de pneumonie. Cet auteur croit que toutes ces observations des scarlatines avaient évolué sur le terrain d'une épidémie d'influenza.

Malheureusement, nous n'avons pu nous procurer le travail original et nous ne citons ces faits qu'à titre documentaire.

KRAMER (3), sur 910 cas de scarlatine qu'il eût l'occasion d'observer de 1909 à 1912, à Rotterdam, constate une mortalité globale de 5,3 % ; l'âge des enfants variait de 2 à 7 ans. La pneumonie fut notée dans 12 cas et se montra comme une complication des plus sérieuses; 7 cas ont succombés.

Parmi les autres manifestations pulmonaires au cours de la scarlatine, citons à titre de mémoire, les congestions passives au cours de néphrite avec anasarque, qui, parfois peuvent donner lieu à un œdème aigu du poumon

(1) STONE, id.

(2) HÖHN J., Ueber eine ungewöhnliche komplikation von Scharlach. (*Wien Klin. Rundschau*, 1917, n° 15, p. 46).

(3) KRAMER, P. H., - - -eilungen über Scharlach. (*Ned. Tydsche, voor Geneesk.*, 1913, II, p. 729).

(ROGER) (1) ; des infections pulmonaires ont également été rapportées (BARBIER (2), PORAK (5).

GIGON (4), dans sa statistique rapporte sur un total de 453 scarlatines, 16 cas de complications respiratoires comprenant 12 cas de bronchite et 4 cas de pneumonie.

L'auteur a cherché à noter la date d'apparition de ces complications et il a ainsi observé que la bronchite s'est manifestée dès la première semaine de la maladie (7 cas) en grande partie, 3, la deuxième semaine et seulement 2, la troisième semaine.

La pneumonie par contre, s'est localisée à la troisième semaine et les 3 cas furent suivis de mort rapide ; il faut peut être considérer cette apparition tardive de la pneumonie à la suite de la prédisposition particulière de tous les organes à l'infection vers la fin de la troisième semaine ; seul un cas de pneumonie apparu la première semaine a guéri. Deux des cas mortels de pneumonie étaient également associés avec la diphtérie scarlatineuse et de la néphrite : à l'autopsie ont trouvé une pneumonie croupeuse récente.

OBSERVATION I (GIGON)

F. S., 3 ans $\frac{1}{2}$. Scarlatine typique le 28-3-1908. Manifestation diphtérique dès la première semaine ; au douzième

(1) ROGER, *Les maladies infectieuses*, Paris 1902, t. II.

(2) BARBIER, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 2^e édit., Paris, Masson, 1845.

(3) PORAK, *Société de Pédiatrie*, 10 Décembre 1912.

(4) GIGON, l. c.

jour écoulement otique à droite ; opérée ; tissu blanc jaunâtre, complètement sans réaction. Vers le début de la troisième semaine, écoulements d'oreille et douleurs à gauche ; de nouveau curettage de l'apophyse mastoïde ; vers le milieu de la 5^e semaine *début d'une pneumonie*. Mort le 30^e jour. La température s'était toujours maintenue entre 39-41° C.

OBSERVATION II (GIGON)

Enfant de six ans ; scarlatine, diphtérie, mort le 23^e jour.

Diagnostic : néphrite hémorragique, pneumonie au début, œdème central, otite purulente des deux côtés.

Adénopathie trachéobronchique

Il n'y a pas de faits particuliers à noter au sujet de l'adénopathie trachéobronchique ; comme les ganglions cervicaux, les ganglions trachéobronchiques se trouvent augmentés de volumes et GOUGET (1) rapporte qu'il a toujours trouvé à l'autopsie des scarlatineux, des ganglions médiastinaux et surtout les mésentériques de dimensions plus volumineuses que la normale — ce qui est la règle dans la scarlatine.

Sur 239 enfants atteints de scarlatine, APERT (2) a relevé trois cas où pendant la convalescence il a été constaté des signes d'adénopathie trachéobronchique qu'on n'avait pas observés à l'entrée. Il s'agissait d'enfants suspects de tuberculose qui ont vraisemblablement fait à propos de leur scarlatine des poussées aiguës sur des ganglions déjà tuberculeux. DE SAINT-PAUL (3) rapporte également un cas.

Nous mêmes, au cours de la scarlatine, nous avons noté qu'avec une adénite cervicale suppurée se manifestait parfois par un peu de dyspnée. A l'auscultation, nous entendions un souffle correspondant à une adénite trachéobronchique. Rien ne permettait de supposer ni d'après les antécédents, ni d'après le cours de la mala-

(1) GOUGET, l. c.

(2) APERT E., La scarlatine à l'hôpital des Enfants Malades en 1895. (*Bull. et Mém. des Hôpitaux*, 8 mai 1896, p. 424-441).

(3) DE SAINT-PAUL, l. c.

die, qu'elle put être tuberculeuse et, à ce point de vue, notre observation se trouve confirmée par les constatations de GOUGET.

SCHICK (1) et JURGENSEN (2) qui ont particulièrement étudié les complications ganglionnaires du système lymphatique dans la scarlatine, ne constatent rien de particulier du côté des ganglions trachéobronchiques, à part une augmentation de volume.

Malgré nos recherches, nous n'avons pu noter des observations spéciales concernant cette complication, ni dans la thèse de LEBAILLY (3), ni dans la thèse de TOUPANCE (4) qui traite des complications respiratoires au cours de la scarlatine.

(1) SCHICK, *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1901.

(2) JURPENSEN, Scharlach ; Erkrankungen der dem lymphatischen System angehörenden organe. (*Nothnagel, Specielle Pathologie*, t. IV, Wien, 1895).

(3) LEBAILLY, *Contribution à l'étude du bubon-scarlatineux*. Thèse, Paris, 1902.

(4) TOUPANCE, l. c.

Pleurésies scarlatineuses

Contrairement aux affections broncho-pulmonaires au cours de la scarlatine, la pleurésie n'a jamais été oubliée dans les traités classiques. Dans son mémoire, le Prof^r HUTINEL fait toute l'historique de la question. Ainsi, nous voyons que ce fut GUILLEMANT (1), le premier, en 1833, qui signala l'existence des épanchements pleurétiques. Dans son *Histoire de la Scarlatine*, NOIROT, en 1847, distingua la pleurésie des épanchements séreux qui se rattachent à l'hydropisie.

TROUSSEAU (2) la connaissait et considérait que les séreuses pleurales et péricardiques sont parfois atteintes au déclin de la scarlatine ; le virus scarlatineux, d'après lui, aurait une prédilection spéciale pour certaines membranes ; il émet une analogie avec celles d'un rhumatisme suppuré ; il suppose que c'est le résultat d'une infection pyohémique.

RILLIET et BARTHEZ (3) les considèrent comme un oedème légèrement inflammatoire ; BRISSOT (4), dans sa thèse, en 1875, n'en relève aucun cas. AITKEN (5) en 1884 et

(1) GUILLEMANT, *Épidémie de la scarlatine à Bresse*. Thèse, Paris, 1833.

(2) TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*, 1868, 3^e édit., t. I.

(3) RILLET et BARTHEZ, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Paris, 1861, Beuilière.

(4) BRISSOT, *Relation d'une épidémie de scarlatine à l'hôpital Saint-Eugène*. Thèse, Paris, 1875, p. 23.

(5) AITKEN, One case of empyema complicating postscarlatinal nephritis. (*Medic. Press and Circular*, London, 1884, p. 397.

CAIGER (1) en 1891, décrivent des cas isolés de suppurations pleurales ; sur une autre statistique de 1.008 cas de scarlatine, AITKEN ne relève aucun cas de pleurésie.

En 1892, STETTINER (2) rapporte 3 observations; FUHRBINGER (3) et HESSEBACH, dans une épidémie où les manifestations pleuro-pulmonaires furent particulièrement fréquentes, citent une proportion de 8 %. VOGEL (4) en a vu également un assez grand nombre.

Les auteurs allemands insistent sur certains de ses caractères ; rapidité, abondance de l'épanchement, débit insidieux, tendance à la suppuration.

En France, MOIZARD (5) déclarait que la pleurésie compliquait quelquefois la scarlatine ; le pus contient du streptocoque ; l'intervention précoce amène souvent la guérison. Citons encore les cas rapportés par BERTRAND (6), PRADELLE (7), CHARPENTIER (8), DAMAIN (9).

(1) CAIGER, *A case of pyemia following scarlet fever; suppuration in pleura and elbow joint. Recovery Lancet*, 1891, p. 825.

(2) STETTINER, *Zur klinik der foudroyanten pleuritis der scarlatina*. Thèse, Berlin, 1892.

(3) FUHRBINGER, « Scharlach » in *Eulenburs Realencyclopädie der gesammten Heilkunde*, t. II, 1889.

(4) VOGEL, *Lehrbuch der kinderkrankheiten*, 1890, p. 487.

(5) MOIZARD, « Scarlatiné ». *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby et Marfan, 1897.

(6) BERTRAND, *Contribution à l'étude de la scarlatine chez le soldat*. Thèse, Nancy, 1894.

(7) PRADELLE, l. c.

(8) CHARPENTIER, *La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896*. Thèse Paris, 1897.

(9) DAMAIN, *Étude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine. Prophylaxie*. Thèse, Paris, 1891.

FURKELSTEIN (1), NAVARRE (2), DE SAINT-PAUL (3) qui les ont transcrits dans leurs thèses.

Les différentes communications de COMBY (4) APERT (5), DUFOUR ; les trois observations de TEISSIER et DUVOIR, cas de pleurésies survenues chez des scarlatineux indemnes de tout passé pulmonaire, où cependant le poumon a été l'élément initial qui a commandé la lésion pleurale ; trois cas de SIMONIN avec atteinte préalable du poumon dans la genèse de la lésion pleurale. Enfin, les thèses plus récentes de ROGERY, de TOUPANCE, de GÉRIN.

Dans la statistique de GOUGET, celui-ci rapporte trois pleurésies, l'une sérofibrineuse, survenue au cours d'une néphrite avec congestion pulmonaire, oculoréaction négative ; une autre, séro-fibrineuse également, et qui, à l'autopsie démontra qu'il y avait association avec une broncho-pneumonie gangrèneuse. La troisième fût une pleurésie à streptocoques, chez un enfant de cinq ans, qui guérit lentement à la suite de l'empyème.

En général, les pleurésies purulentes de la scarlatine sont considérées comme toujours streptococciques ;

(1) FURKELSTEIN, *Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance et statistique*. Thèse, Paris, 1890.

(2) NAVARRE, *La scarlatine à l'Hôpital des Enfants Malades pendant l'année 1899*. Thèse, Paris, 1900.

(3) DE SAINT-PAUL, l. c.

(4) COMBY, *La Scarlatine à l'Hôpital Trousseau en 1896*. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1897).

(5) APERT, *La Scarlatine à l'Hôpital des Enfants Malades en 1895*. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris*).

COURTOIS SUFFIT (1) y a trouvé du staphylocoque. SIMONIN (2) du pneumocoque.

La fréquence de la pleurésie est variable suivant les auteurs.

TEISSIER et DUVOIR (3) sur 2.500 cas de scarlatine, ont observé trois pleurésies, assez prononcées pour entrer en ligne de compte dans la symptomatologie de la maladie initiale et en influencer l'évolution.

Les deux premières observations concernèrent la pleurésie sérofibrineuse, pleurésies précoces de la période aiguë de la scarlatine, en l'espèce régulière, non compliquée. Cette pleurésie séro-fibrineuse est assurément la complication pleurale la plus exceptionnelle même pour TROUSSEAU.

Le liquide pleural était stérile, ni l'examen microscopique, ni l'ensemencement, n'ont permis de déceler la présence du streptococcus.

Ce résultat négatif existe pour les pleurésies sérofibrineuses précoces et également pour certaines pleurésies séro-fibrineuses tardives. ROGER (4) en rapporte un cas : il déclare que la pleurésie pouvait être de nature tuberculeuse et avoir été réveillée accidentellement par la

(1) COURTOIS-SUFFIT, *Les pleurésies purulentes*. Thèse de Paris, 1891, p. 112 et 202.

(2) SIMONIN, Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1909).

(3) TEISSIER et DUVOIR, Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1909).

(4) ROGER, *Les maladies infectieuses*, Paris, 1902, t. II.

scarlatiné ; malheureusement il ne donne pas les formules cytologiques du liquide.

Par contre, dans la première observation, TEISSIER et DUVOIR ont constaté la polynucléose dans le liquide de l'épanchement, ce qui laisserait supposer qu'il faut incriminer la scarlatine et peut être également le streptocoque ; d'ailleurs, dans ces deux observations, il y avait absence complète d'antécédents tuberculeux. Ces pleurésies ont été bénignes et ont guéri moyennant la persistance d'un léger degré de symphyse, alors que le passage à la purulence est considéré comme fréquent par la plupart des auteurs.

Cependant, les pleurésies sérofibrineuses forment l'exception des pleurésies au cours de la scarlatine, si bien que certains auteurs ont considéré les manifestations pleurales de la scarlatine uniquement d'ordre infectieux septicémique. Comme nous l'avons déjà noté, ces supurations pleurales ne sont pas toujours dues au streptocoque et on a rapporté des cas dûs à d'autres germes ; car la pleurésie ne dépend pas seulement d'une infection généralisée, mais elle peut également résulter d'une infection localisée.

Parmi celles-ci, nous avons déjà vu que consécutivement aux broncho-pneumonies, il y a fréquemment une réaction pleurale surtout quand le poumon a été atteint. Suivant l'infection primitive pulmonaire, ces réactions pleurales se manifestent avec la nature de l'agent causal. Ainsi, en général, a-t-on remarqué que les pleurésies consécutives à une broncho-pneumonie au cours

de la scarlatine sont streptococciques, tandis que celles compliquant une pneumonie pouvant être à pneumocoques, surtout si cette pneumonie a été tardive. L'empreinte de la scarlatine est marquée davantage, quand la pneumonie a existé au début ; dans deux cas pareils le Prof^r HUTINEL a noté que la pleurésie fut streptococcique.

En général toute lésion pulmonaire précédant une pleurésie donne lieu à une suppuration ; il est rare de constater des pleurésies scarlatineuses comme localisations primitives d'une infection générale.

En plus de ces épanchements sérofibrineux et purulents, il faut encore observer ceux accompagnant les endo-péricardites. D'après le Prof^r HUTINEL, ils seraient dûs à des lésions endocardiques et péricardiques consécutives au rhumatisme scarlatineux. Ces épanchements ne suppurent pas toujours.

Notons encore les suppurations métastatiques de la plèvre.

Au point de vue pronostic, les pleurésies purulentes peuvent guérir assez fréquemment si l'on intervient à temps et si l'opération de l'empyème est faite dans les conditions favorables ; parfois, il y a grâce à des vomiques une guérison spontanée.

Quant aux pleurésies sérofibrineuses, elles se résorbent plus ou moins rapidement, en laissant parfois des adhérences.

Sur 8.788 scarlatines, GOUGET a noté dans 0,75 % des

cas, la pleurésie au cours de la scarlatine ; 46,25 % de ces cas étaient suppurés et 53,33 % furent suivis de mort.

TOUPANCE (1) qui a relevé 36 cas de pleurésies a noté 28 fois la pleurésie purulente ce qui fait un pourcentage de 75 %, tandis que SANNÉ (2) sur 13 cas de pleurésie scarlatiniforme n'a observé qu'une fois la pleurésie purulente.

Les sujets jeunes sont plus souvent atteints ce qui s'explique par le fait qu'ils sont particulièrement plus exposés aux infections broncho-pulmonaires.

La ponction exploratrice qu'on fait plus fréquemment ces dernières années, dès qu'on constate de la matité et affaiblissement du murmure vésiculaire, semble augmenter le nombre des épanchements sérofibrineux qui auraient passés inaperçus autrefois.

En parlant de la pneumonie au cours de la scarlatine, nous avons rapporté deux observations de pleurésies consécutives et à streptocoques ; de même, en discutant de la broncho-pneumonie, nous avons noté des pleurésies, aussi nous nous contenterons, pour ne pas vous répéter, de communiquer une observation de ROGERY (3) consécutive à une infection pulmonaire et une observation de DUFOUR (4) de pleurésie consécutive à un rhumatisme

(1) TOUPANCE l. c.

(2) SANNÉ, Article « Scarlatine », in *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre*, 1879.

(3) RUGERY, l. c.

(4) DUFOUR, Alimentation et allaitement dans la scarlatine. Statistique d'une année de scarlatine. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 2 Juin 1905).

scarlatineux avec péricardite et une observation de pleurésie hémorragique de cause multiple de TROUPANCE.

Scarlatine, pleurésie purulente, mort.

(OBSERVATION DE ROGÉRY)

S. E., âgé de 4 ans, entre le 31 mai 1907 ; malade depuis 7 jours d'une angine avec exsudats sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais : pas de bacilles de Loeffler.

2 juin : Eruption de scarlatine généralisée ; angine et adénite sous-maxillaire double.

6 juin : Otite moyenne double.

7 juin : Début de la desquamation.

12 juin : Récidive de l'angine et de l'éruption le 12 juin.

16 juin : Symptômes de mastoïdite gauche, l'oreille est décollée ; œdème énorme de la région.

17 juin : Intervention opératoire : pas de pus collecté ; mise à nu du sinus latéral sans qu'il soit ouvert.

Les jours suivants l'état général reste mauvais, il y a des oscillations de température. On trouve de la matité au poulmon droit. Ponctions exploratrices sans résultat.

1^{er} juillet : Mort de l'enfant.

2 juillet : Autopsie : Rien de particulier du côté du cer veau et de la région mastoïdienne. A l'ouverture du thorax, dans la plèvre droite, collection d'un litre environ de pus de teinte vert foncé avec fausses membranes.

Poulmon revenu sur lui-même avec *infarctus sous-pleuraux*.

Rien dans les autres organes.

*Pleurésie consécutive au rhumatisme scarlatineux avec
péricardite*

OBSERVATION DUFOUR, (in Hutinel)

Une jeune domestique de 16 ans entre au Bastion, le 30 avril 1909, avec une scarlatine datant de quatre jours.

Le 27 mai, elle présente de la fièvre et des douleurs articulaires.

Le 1^{er} juin: Signes de péricardite.

Bientôt pleurésie double. Epanchement jaune-citrin. Beaucoup de polynucléaires, peu de lymphocytes à droite; grande quantité de lymphocytes et cellules endothéliales à gauche. Dès le 5 juin, la malade est en meilleure état.

Le 17: on retire une centaine de grammes d'un liquide teint en rose.

Le 27: il en reste encore quand la malade quitte le service avec une lésion mitrale.

Comme nous le voyons la réaction pleurale a été franchement dépendante du rhumatisme et de la péricardite. Ces pleurésies ne suppurent presque jamais; dans le cas de péricardite grave, exactement comme cela se passe dans le rhumatisme articulaire aigu, la séreuse pleurale se trouve à son tour atteinte.

*Scarlatine, oreillons, myocardite, néphrite aiguë, pleurésie
hémorragique: guérison.*

(OBSERVATION TOUPANCE, p. 122)

J. R., âgé de 9 ans $\frac{1}{2}$, entre le 29 avril 1909, en pleine période de desquamation scarlatineuse.

Bouffissure de la peau, ganglions cervicaux de la grosseur d'une amande, langue saburrale au centre, rouge à la pointe et sur les bords. Les bruits du cœur sont assourdis.

1^{er} mai : Ganglion cervical à droite de la grosseur d'une noix. La bouffissure persiste à la face ; les urines sont couleur bouillon foncé et les réactions chimiques y décelent la présence du sang.

5 mai : Elévation de température : 38°,8. Gonflement parotidien droit. Le lendemain, la parotide gauche est à son tour prise. Oreillons.

Les bruits du cœur s'affaiblissent. Rythme fœtal.

La desquamation est générale.

11 mai : Les caractères de l'urine persistent ; albuminurie à 7 grammes, œdème de la face. Le pouls est toujours petit.

Depuis la veille, l'enfant se plaint d'un point de côté à gauche.

12 mai : On constate un certain degré de dyspnée ; à la percussion, submatité à la base du poumon gauche, avec diminution du murmure vésiculaire. Une ponction exploratrice en ce point permet de retirer un liquide séro-sanguinolent. Cet épanchement remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Au cœur, léger bruit de galop. L'œdème infiltre également le thorax. Les jours suivants, on observe une amélioration de l'état général ; l'enfant est moins abattue, mais le murmure vésiculaire demeure aboli dans toute la moitié inférieure du poumon gauche ; à la limite supérieure s'entend un souffle doux.

17 mai : Adénite volumineuse et fluctuante rétro-auriculaire droite. La ponction pleurale fait retirer 20 cm³ d'un liquide citrin, très rapidement coagulable, où l'examen cytologique décelé une assez forte proportion de globules rouges et de lymphocytes et quelques polynucléaires.

19 mai : L'état pulmonaire persiste sans modification. Légère dyspnée (20 respirations à la minute ; l'enfant est

somnolent. A partir de ce moment, l'épanchement pleural diminue lentement, tandis qu'au cœur s'entend toujours le bruit de galop et que les urines présentent une coloration plus ou moins sanglante.

31 mai : Peu de liquide dans la plèvre. Elévation de la température sans cause déterminante.

6 juin : Eruption rubéolique intense qui s'améliore rapidement sans complications.

13 juin : La pleurésie est terminée ; il persiste seulement une respiration à caractère soufflant dans tout le poumon gauche.

26 juin : Adénopathie sur la mastoïdité droite avec fièvre, incisée le 3 juillet. Tout œdème a disparu, mais les urines demeurent rares, souvent sanglantes.

8 août : Sortie du malade.

Cette observation se rapprocherait, par son caractère, des pleurésies séro-fibrineuses, à part son caractère sanglant, qui, d'ailleurs, ne fût que transitoire.

BURGARD (1) qui traite des pleurésies scarlatineuses purulentes, rapporte trois observations personnelles (I, IV, V) dont nous rapportons la première. Sur ces trois observations, une s'est terminée par la mort et la scarlatine en a été nettement la raison ; les plaies des deux autres observations ont suppuré plus abondamment sur l'effet de l'infection surajoutée scarlatineuse ; d'ailleurs, dans les autres cas M^{lle} BUGARD et nous-mêmes, nous avons également relevé cette tendance à la suppuration, qui est activée par la scarlatine.

(1) BURGARD, thèse, Paris, 1920.

OBSERVATION I (BURGARD)

L. M., 4 ans. — A. P. : rougeole avec broncho-pneumonie, puis varicelles, oreillons.

16-8 1914 : Entre pour pleurésie purulente à l'Hôpital des Enfants Malades.

17-8 1914 : 39°,2 ; ponction évacuatrice (500-600 cm³ de pus) ; streptocoques. — Un Estlander est pratiqué et lavage au Dakin.

20 : 37°,6 le matin, le soir 38°,7.

21 : 39°,4.

22 : T. normale, éruption scarlatiniforme ; quelques traces d'albumine.

27 : Atténuation de l'éruption avec chute de la température à 38°,6, qui se maintient à ce niveau.

Amaigrissement extrême, langue sèche et rôtie, septicémie grave. Facies bouffi, nez pincé, les yeux excavés, abdomen tendu météorisé. Péritonite à streptocoques. Ces symptômes s'accusent les jours suivants et l'enfant meurt le 1^{er} septembre.

CHAPITRE II

Des rapports de la tuberculose avec la scarlatine **Historique**

Les auteurs classiques croyaient qu'il existait un antagonisme entre la scarlatine et la tuberculose. La coexistence exceptionnelle de ces deux infections les incitait à y voir une sorte d'immunité de la tuberculose vis-à-vis de la scarlatine ; si par hasard celle-ci se manifestait, elle ne pouvait être que favorablement influencée.

M. le professeur HUTINEL s'est élevé à maintes reprises contre cette conception dans plusieurs de ses communications et notamment sur ce sujet il a inspiré les thèses de plusieurs de ses élèves. Contrairement aux idées de RILLIET ET BARTHEZ, qui étaient absolument convaincus de cet antagonisme, M. le professeur HUTINEL, sans admettre que la scarlatine soit une maladie aussi tuberculisante que la rougeole et la coqueluche et qu'elle exerce une influence aussi fréquemment nocive que les ma-

ladies à détermination bronchiques, est cependant convaincu que son action est loin d'être favorable. C'est dans cette deuxième partie de notre travail que nous tâcherons de montrer par des exemples, que la scarlatine n'est pas toujours indifférente dans la tuberculose et que nous avons constaté dans la littérature, des cas où elle a joué le rôle d'un véritable coup de fouet.

SANNÉ, tout en la déclarant exceptionnelle, l'association de la scarlatine avec la tuberculose déclare cependant que chez les sujets déjà tuberculeux, l'apparition de la scarlatine hâte la marche de la phtisie et qu'elle serait un véritable stimulant pour la tuberculose ; chez des phtisiques avancés, une scarlatine, même légère, pourrait hâter l'issue fatale.

Plus récemment, ROCHELY (1) communique dans sa thèse onze cas de lésions tuberculeuses anciennes ; cinq fois la scarlatine a déterminé une poussée aiguë de ces lésions ayant conduit rapidement à la mort.

Cependant, malgré toutes ces preuves, tous ces auteurs ne veulent pas en déduire un rapport de causalité et croient malgré tous ces faits à un véritable antagonisme. MC. MORROW (2) admet cependant la possibilité que la scarlatine pût réveiller un bacille tuberculeux latent et être le début d'une tuberculose pulmonaire.

(1) ROCHELY, l. c.

(2) MC MORROW, *New-York, Med J.*, 1895, t. 61, p. 788.

MARFAN (1) se montre plus réservé : « Pourquoi », dit-il, « ne pas conclure simplement que la scarlatine est indifférente en égard à la phtisie ? » Notre maître HUTINEL (2) est également de cet avis, tout en admettant la possibilité d'une aggravation des symptômes tuberculeux dans certains cas dont il rapporte des observations.

Plus récemment, nous avons les thèses de TOUPAUCE (3) et de GÉRIN (4) qui confirment ces idées ; pour BRELET (5), les convalescents de scarlatine qui peuvent être atteints de pleurésie sérofibrineuse avec épanchement doivent être compris comme des pleuro-bacilloses se développant à la suite de la scarlatine.

Etude clinique

Nous ne pouvons mieux faire dans la discussion des rapports de la scarlatine avec la tuberculose que de résumer et de rapporter les conceptions de notre maître, le professeur HUTINEL, dans son *Mémoire sur les Pleurésies scarlatineuses*.

Déjà, dit-il, ROGER a soupçonné l'existence de ces pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses, malheureusement, il n'a pas fourni d'observations. D'ailleurs, il faut

(1) MARFAN et APERT, *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpit.*, Paris, 1896.

(2) HUTINEL, l. c.

(3) TOUPAUCE, l. c.

(4) GÉRIN, *De l'influence de la Scarlatine sur quelques états antérieurs*. Thèse, Paris, 1916.

(5) BRELET, Le cœur et l'appareil respiratoire dans la Scarlatine, (*Gazette des Hôpitaux*, 1919, p. 41-43).

l'avouer, elles ne sont pas fréquentes. On peut admettre sans difficultés que chez des sujets déjà tuberculeux, les manifestations pleurales peuvent bien se produire au cours ou dans la convalescence de la scarlatine.

Certains, comme SIMONIN, trouvent une bande de frottements pleuraux, ou bien c'est une découverte d'autopsie, en même temps que des adhérences étendues et des lésions de broncho-pneumonie tuberculeuse on trouve un épanchement fibrineux. Dans une observation de SIMONIN se rapportant à un sujet tuberculeux, le liquide n'était pas séro-fibrineux, mais purulent et à streptocoques. Il ne faut cependant pas croire qu'une pleurésie séro-fibrineuse à la suite d'une scarlatine soit fatalement tuberculeuse. TEISSIER ET DUVORI déclarent avoir observé deux malades avec pleurésie tuberculeuse dont ils se proposent de relater les modifications cytologiques que la scarlatine a pu imposer au liquide pleural, malheureusement nous ignorons toujours cette publication.

Pleurésie tuberculeuse

La tuberculose peut donc, quoique d'une manière exceptionnelle, appeler sur la plèvre des localisations variables ; les pleurésies séro-fibrineuses tardives après la scarlatine peuvent être tuberculeuses ; elles peuvent également accompagner des lésions cardiaques ou péricardiques dont quelques unes sont d'origine tuberculeuse.

Dans ce court aperçu sur les pleurésies tuberculeuses au cours de la scarlatine, nous nous permettrons de

rapporter une observation de M. le professeur HUTINEL et de TOUPANCE ; dans ces deux observations, la scarlatine a déterminé par une poussée inflammatoire aiguës aux lésions bacillaires, donnant lieu à de la granulie. Par contre, dans l'observation de TOUPANCE, que nous rapportons également, la tuberculose était de premier degré, mais comme il y avait déjà existence d'une pleurésie avant l'apparition de la scarlatine, le terrain était déjà tout préparé pour recevoir un coup de fouet fatal déterminant une généralisation bacillaire.

En dehors de ces deux cas mortels, GÉRIN rapporte deux observations personnelles où la scarlatine a produit simplement une réaction inflammatoire du côté de l'épanchement. Cependant, dans un des cas, l'enfant est trop atteint, trop déprimé, cachectique pour pouvoir supporter une nouvelle infection ; aussi, succombe-t-il, trois semaines après le début de la scarlatine à la granulie.

Chez un sujet déjà avec une pleurésie, celle-ci évoluera sous l'influence de la scarlatine suivant le degré des lésions bacillaires et de l'état général du sujet.

En général, l'examen cytobactériologique d'un épanchement séro-fibrineux, en relation avec la scarlatine démontre qu'il s'agit d'une pleuro-bacillose et qu'il y a un foyer pleural tuberculeux qui jusqu'à cette date était demeuré latent.

Nous en rapportons des observations dont une personnelle.

OBSERVATION XXII (Prof^r HUTINEL)

Un garçon de six ans et demi entre à l'hôpital le 20 mai 1914. Né de parents tuberculeux, il a déjà eu plusieurs bronchites. Le 23 avril, il a été pris de point de côté à gauche et a fait une pleurésie. Trois ponctions ont été pratiquées, qui ont extrait de la plèvre plus de deux litres de liquide.

21 mai : Eruption de scarlatine. Tout l'hémithorax gauche est mat ; craquements humides du sommet. On retire de la plèvre 100 gr. de liquide séro-fibrineux. Le 6 juin, c'est la base droite qui est mate ; on retire, par une ponction, 350 gr. de liquide séro-fibrineux contenant des polynucléaires en voie de désintégration, quelques rares mononucléaires et lymphocytes, avec de nombreux globules rouges. Pas de germes.

Le 10 juin : Double ponction : à droite, liquide louche contenant des polynucléaires moins abondants, très altérés et des hématies avec 15 à 20 % de lymphocytes ; à gauche, liquide citrin, teinté de sang ; lymphocytose exclusive, nombreuses hématies.

Les pounons se congestionnent de haut en bas ; l'enfant présente tous les signes de granulie ; il est emmené mourant par les parents.

L'analyse du liquide de la plèvre droite montre que la scarlatine a exercé une certaine influence sur son mode réactionnel.

OBSERVATION III (TOUPANCE)

Tuberculose pulmonaire du premier degré, accompagnée de pleurésie tuberculeuse. Scarlatine de moyenne intensité. Granulie.

L. Louis, 6 ans $\frac{1}{2}$, entre le 20 mai 1914 aux Enfants Malades, pour scarlatine.

Antécédents héréditaires : Son père, âgé de 34 ans, a fait une bronchite à 21 ans, mais ne paraît pas tousser habituellement depuis. Sa mère, 30 ans, est malade depuis octobre dernier ; elle aurait fait à ce moment une congestion pulmonaire ; depuis lors, elle tousse et crache continuellement et a beaucoup maigri. Grandes présomptions de tuberculose pulmonaire ; d'ailleurs, son médecin a porté un pronostic fatal.

Il n'y a pas eu d'autres enfants.

Antécédents personnels : Le petit malade, né à terme, a eu la coqueluche et la rougeole entre un et deux ans. En octobre dernier, une bronchite qui a duré une quinzaine de jours ; nouvelle bronchite en janvier 1914, d'une durée de six semaines.

Vers le 23 avril dernier, l'enfant se plaint d'un point du côté gauche et un médecin appelé diagnostique une pleurésie pour laquelle l'enfant fut soigné aux Enfants Assistés, où l'on fit trois ponctions qui firent retirer trois litres de liquide.

Le début de la scarlatine actuelle semble remonter au mardi 19 mai ou au 20, jour où on le passe des Enfants Assistés aux Enfants Malades.

21 mai : Examen : A son entrée, l'enfant présente une éruption assez discrète, nette seulement au niveau du tronc, c'est un léger piqueté rouge, se détachant sur une peau presque normale.

Les amygdales sont rouges, hypertrophiées, non ulcérées.

Le voile, les piliers et la muqueuse buccale sont rouges.

La langue est blanche au centre, dépouillée et rouge à la pointe et aux bords.

On trouve quelques ganglions sous-maxillaires.

L'enfant est amaigri et pâle ; sa température atteint 38°, 7. son pouls est rapide, à 140, sans rien d'anormal au cœur.

La tension artérielle est de 14 et 7.

Les urines, l'appareil digestif et le système nerveux ne présentent rien de particulier.

Par contre, l'attention est attirée vers l'appareil respiratoire par la dyspnée du petit malade.

Le nombre des respirations est de 38.

Le poumon droit sonne et respire normalement.

Le poumon gauche présente à la base une matité, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, avec submatité du sommet. On entend dans les deux tiers inférieurs du poumon, un souffle pleurétique. Frottements.

En avant, tout le côté gauche est mat et l'on y entend le souffle pleurétique. En outre, on perçoit des craquements au sommet.

20 mai : La thoracentèse ramène 100 gr. de liquide séro-fibrineux du côté gauche.

23 mai : L'éruption a disparu.

26 mai : Très légère desquamation aux mains.

28 mai : La limite supérieure de la matité du côté s'abaisse : on entend des frottements.

5 juin : Dyspnée intense, tachycardie ; la température qui, les jours précédents, oscillait entre 38 et 39 degrés remonte à 40°.

6 juin : La dyspnée persiste. Embryocardie. Matité à la base droite. De ce côté on évacue par thoracenthèse, 350 grammes de liquide citrin qui renferme une grande quantité de polynucléaires en voie de désintégration, quelques rares mononucléaires et lymphocytes, d'assez nombreux globules rouges. Pas de germes à l'examen direct.

10 juin : Dyspnée. Ponction exploratrice des deux côtés. Du côté droit : liquide louche ; polynucléaires moins abondants, très altérés, hématies assez nombreuses. On trouve maintenant des lymphocytes (qui n'existaient pas à la première ponction) dans la proportion de 15 à 20 % de polynucléaires.

Du côté gauche : liquide citrin, un peu teinté de sang, quantité importante de globules rouges. Lymphocytose exclusive.

Depuis son entrée, l'examen a montré que les signes stéthoscopiques du sommet gauche s'étaient accentués.

Ces ponctions n'apportent d'ailleurs qu'un faible soulagement, car les deux poumons sont congestionnés de haut en bas.

13 juin : Les parents emmènent l'enfant. A ce moment, il présente tous les signes d'une granulie à marche rapide et il est mourant.

Entré dans le service avec une pleurésie gauche déjà ponctionnée plusieurs fois, il a fait une scarlatine bénigne. Le 8 juin, il a présenté un épanchement dans la plèvre droite qui a été ponctionnée deux fois et finalement a fait une granulie.

Parfois la scarlatine est suivie d'une granulie que rien ne faisait prévoir et l'on en trouve l'explication qu'à l'autopsie en découvrant un foyer latent de tuberculose.

Dans l'observation suivante qui est de PARSONS (1) des lésions tuberculeuses et des signes de pleurésies auraient été non seulement arrêtés, mais disparus après l'apparition de la scarlatine. Nous pouvons classer ce cas dans ceux où la scarlatine a eu un effet favorable. Par contre, M. le professeur HUTINEL rapporte une observation de lésions pleuro-pulmonaires latents qui à la suite de la scarlatine subit une généralisation tuberculeuse à laquelle le sujet succomba rapidement.

(1) PARSONS, Scarlat fever followed by pleurisy in a phthisical patient. (*Brit. Med. Journ.*, 31 Mars 1900, p. 762).

OBSERVATION (1)

A. L., infirmière, âgée de 27 ans, se plaint de fièvre avec un rash et une bouche sèche, le 29 novembre 1899. Le rash se présentait sous trois types :

1° De petites zones piquetées d'élévation papulaires principalement sur les avant-bras et les jambes ;

2° Quelques vésicules sudaminales ;

3° Un rash hyperémique caractéristique sur les côtés de la face et du cou et la partie antérieure du thorax.

Il y avait une histoire de vomissements. Autour de la bouche pâleur nette, la langue chargée, mais non caractéristique. Degré de sécheresse modérée de la gorge. La température était seulement de 102° F. La scarlatine fut diagnostiquée d'après l'aspect local et l'histoire d'une infection et la malade fut isolée dans une section spéciale de l'hôpital.

La nuit suivante, elle fut délirante et violente, et il fallut deux gardes malades pour la maintenir dans son lit. Le jour suivant on lui donna un $\frac{1}{2}$ gramme d'acétate de morphine et du trional ; elle dormit bien. La température tomba ainsi à 101°,6 F. La nuit suivante elle dormit sans médicaments, mais le 4 décembre, on dût lui donner un $\frac{1}{2}$ gr. d'acétate de morphine. Tous les jours l'urine fut examinée pour l'albumine et le 5 décembre il y en eut une grande quantité, mais ce qui est curieux, l'albumine fut absente le jour suivant et jusqu'à son départ il n'y eut plus d'albumine. Les oreilles, la poitrine et les paumes des mains desquamèrent légèrement ; pas les pieds ni les jambes. Elle fut gardée complètement au lait jusqu'au 7 décembre, quand sa température atteignit la normale. Sa diète fut complétée

(1) PARSONS, L. D. — Scarlit fever followed by pleurisy in a phthisical patient (*Brit. Med. Journ.*, 31 march 1900, p. 762).

par du bouillon, des œufs et du rhum. Malheureusement la température commençait à monter légèrement le soir et elle présenta une légère pleurésie du côté gauche le 18 décembre qui céda rapidement au traitement.

L'auteur fit un examen physique soigné. Elle avait déjà été examinée un mois auparavant et on lui trouva alors le poumon gauche mat antérieurement au sommet et légèrement à la base, et on fit alors le diagnostic de tuberculose. L'examen de l'auteur démontra les symptômes d'une petite cavité au second espace intercostal antérieur du côté gauche avec des râles postérieurement. Le poumon droit était en apparence normal.

Elle avait souffert d'asthme et avait eu une attaque le 11 décembre ; sa mère était également asthmatique. L'auteur lui donna des pilules à la créosote, deux par jour et des émulsions de pétrole d'Augier deux fois par jour, matin et soir, avec de l'huile de foie de morue et du fer, une fois par jour, après son repas de midi. Elle sembla bien le supporter et s'améliora journellement. On augmenta le nombre des pilules de créosote à 4 par jour et l'odeur n'apparut pas dans sa respiration.

Le 23 décembre, sa température atteignit de nouveau la normale et le 10 janvier 1900, l'auteur fut surpris que le caractère de sa respiration se modifia complètement à l'auscultation. Antérieurement, la respiration présentait une légère prolongation de l'expiration avec une légère rudesse. Mais tous les signes cavitaires avaient disparu, et l'auteur commença à douter de la correction de son observation. Postérieurement le poumon était normal, à part une petite zone mate sur une étendue de deux pouces, où il y avait un certain caractère « distant » dans la respiration. Elle fut évacuée le 11 janvier, quand son poids atteignit 97 livres; pesée une semaine après elle pesait 100 livres; poids auquel elle se maintint. Elle eut ses règles le 23 novembre pour les ravoir le 8 janvier.

L'auteur se pose deux questions :

1° Est-ce que le poison scarlatineux a un effet d'arrêt sur l'état tuberculeux ?

2° Est-ce qu'une dermatite ex-folié chez un sujet tuberculeux présenterait les mêmes symptômes que dans ce cas ?

*Tuberculose du sommet. Pleurésie séro-fibrineuse ;
Scarlatine.*

OBSERVATION PERSONNELLE

P. P., garçon, âgé de 14 ans ; vient à l'hôpital le 22 février 1920, parce qu'il tousse beaucoup. Il avait en même temps mal aux reins et se sentait très fatigué. Points de côté thoraciques non localisés. Il toussait beaucoup la nuit et avait dyspnée, dit-il, constamment. Depuis son arrivée à l'hôpital, la toux et la dyspnée ont diminué : la toux est grasse et par petites quintes. Pas de céphalée. Pas de douleurs abdominales, ni diarrhée, ni constipation.

A. P. Pas de renseignements.

A. H. La mère serait presque toujours malade ; deux frères et une sœur bien portants.

Examen à l'entrée : le 22 février 1920 : T. = 38°,9. Le poumon gauche se montre normal ; à droite, à la percussion, matité des 2/3 inférieurs du poumon, submatité du 1/3 supérieur. À la palpation : vibrations diminuées dans toute la moitié supérieure, presque abolie dans la moitié inférieure. À l'auscultation : diminution très grande de la respiration dans les deux tiers inférieurs, au sommet, respiration soufflante ; quelques râles humides surtout après la toux.

Examen radioscopique : à droite : ensemble de l'hémithorax complètement taché de larges marbrures dans la moitié supérieure. La moitié inférieure est opaque d'une manière plus homogène. On distingue de larges tractus gris. Les sinus costo-diaphragmatiques sont complètement

obscurs, on distingue cependant le dôme diaphragmatique qui est immobile.

Le sommet droit est nettement voilé et ne s'illumine pas à la toux.

A gauche : quelques fines vergetures intra-thoraciques. Gros ganglions hilaires à droite et à gauche (ces derniers moins importants). Espace clair prévertébral un peu obscur.

Dilatation très évidente de l'artère pulmonaire.

Examen du liquide de ponction : quelques lymphocytes.

La cuti-réaction pratiquée le 12 mars est *positive* ; la température se maintient autour de 38°. Apparition de la scarlatine le 20 avril. T. = 39°,2 ; elle s'abaisse le 28 avril. Depuis cette date jusqu'à la sortie du malade, le 28 avril 1920, la température est entre 37°,2 le matin et 37°,6-37°,7 le soir.

Tuberculose, pleurésie purulente et scarlatine

A côté des pleurésies séro-fibrineuses, il y a des cas assez obscurs où le malade ayant présenté des infections pleurales en apparence non tuberculeuses au cours de sa scarlatine, présente à la guérison de son érythème scarlatineux, des lésions suspectes au sommet du poumon.

C'est une observation de ce genre que nous rapportons in-extenso : le malade après avoir guéri d'une pleurésie purulente présente à sa convalescence des signes de tuberculose qu'on n'avait pas remarqué pendant son séjour à l'hôpital. Il semblerait à la lecture de cette observation, que la pleurésie purulente et l'opération de l'empyème, sur un organisme déjà débilité ont préparé un terrain favorable à l'éclosion d'une tuberculose.

Une autre observation de SIMONIN nous montre une scarlatine grave évoluant chez un sujet sain en apparence et qui fait successivement une poussée granulique suivie d'une pleurésie purulente à streptocoques qui font succomber le malade au 29^e jour de sa maladie.

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Guérison. Début probable de tuberculose pulmonaire (AITKE) (in thèse RUGERY).

M., âgé de 10 ans, admis à l'hôpital le 1^{er} décembre 1882, dans la soirée. Le malade est apparemment de la classe du « gamin de la rue », par suite, il n'est pas possible d'obtenir des renseignements sur son histoire antérieure.

Cependant, il est certain que quinze jours avant son admission à l'hôpital, il a souffert de la gorge, et qu'à son entrée il était en pleine desquamation.

Il avait une dyspnée très intense, et ne pouvait se coucher sur le dos. Respiration, 60 ; T. = 37°, pouls 100. Urines contenant de l'albumine et du sang. Il y avait un léger œdème des pieds, un peu de liquide dans le péritoine.

La moitié gauche du thorax avait au toucher une dureté de bois : absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, égophonie et pectoriloquie. Les espaces intercostaux sont immobiles : le cœur bat dans le côté droit du thorax. On diagnostique une pleurésie purulente. Ponction exploratrice. On retire quelques gouttes de liquide purulent.

L'enfant étant en danger d'asphyxie, on décide l'intervention.

L'opération est préparée sans précautions antiseptiques.

Incision dans la septième espace intercostal, un peu en arrière de l'angle supérieur de l'omoplate, pour faciliter l'incision et le drainagè.

Incision de la plèvre. Il s'écoule une grande quantité de liquide purulent. Drainage avec de gros tubes de caoutchouc. Pansement occlusif avec un bandage de corps. La respiration devient meilleure (36 par minute).

Le malade est très amélioré.

Le 2 décembre. — L'enfant est pris de toux, l'air pénètre dans la plèvre par la plaie, on note alors de la résonance à la partie supérieure du côté gauche. Le cœur bat maintenant à gauche, pas de vomissements, pas de sueurs, pas d'odeurs fétides. Lavage avec une solution phéniquée au 1/40^e et pansement. pouls 116. Respiration 36°. Température 37°,5. Diète lactée. Tonique.

3 décembre : Pouls 100, respiration 36. Pansement ; un peu d'ascite ; le soir, la température tend à monter, la suppuration traverse le pansement ; lavage, le soir la température est à 38°,5.

4 décembre : La cavité se vide bien, la respiration s'entend dans tout le côté droit avec quelques râles.

A gauche, la percussion devient sonore, la suppuration est très claire. T. = 37°5, les urines sont sanguinolentes et contiennent de l'albumine.

On commence l'alimentation avec des œufs.

Le 6 : Pouls 126, respiration 60, la température revient à la normale à 3 heures, 38° ; à l'auscultation on entend un tintement métallique dans la partie supérieure du côté gauche. La suppuration est moins purulente et sans fétidité.

Le 7 : Pouls 120, respiration 40, T. = 37°7, un peu d'albumine dans les urines.

8 décembre : La percussion du côté gauche montre de la submatité, il y a des râles dans tout le poumon gauche. Le cœur est revenu à sa place normale. Douleur au niveau de l'épigastre, peu d'ascite, T = 38°, urines albumineuses.

9 décembre : Suppuration très réduite, lavage, le drain est retiré, T. = 37°5.

10 décembre : Très petite suppuration, plaie un peu enflammée. La percussion et l'auscultation du côté gauche reviennent à la normale, il y a moins d'albumine dans les urines.

Les trois jours suivants, bon état général.

Le 14 : La percussion dénote de la submatité au sommet gauche, on entend quelques râles et comme un gargouillement sous la clavicule gauche.

Le 17 : Diminution du murmure vésiculaire du sommet gauche, à droite respiration un peu forte, le tout indiquant probablement un épaississement de la plèvre.

Le 19 : Les urines sont sanglantes.

Le 21 : Il y a de la matité, de l'affaiblissement de la respiration, de la pectoriloquie à la base gauche indiquant la présence d'une pleuro-pneumonie.

Pendant les quatre jours suivants, la température oscille, fièvre hectique.

On constate une rétention de pus dans la plèvre, coïnci-

dant avec la fermeture de la plaie. Réouverture, évacuation du pus, lavages.

Le 25 : La suppuration est abondante. Albumine dans les urines.

Le 28 : A gauche, la percussion et l'auscultation ne sont pas nets. A droite, respiration normale.

Le 29 : La suppuration est variable, la température continue à osciller.

A partir du 1^{er} janvier, la convalescence prend une marche rapide, la température est normale, le sang et l'albumine ont disparu des urines, l'enfant engraisse.

La suppuration est tarie.

Le 19 janvier : Examen du malade à sa sortie.

Le sommet gauche est légèrement submat par rapport à celui du côté droit, la respiration est normale, sauf au niveau de la région axillaire, quelques râles (probabilité de tuberculose pulmonaire).

OBSERVATION III (SIMONIN)

Scarlatine à début sévère ; poussée granulique dans le poulmon droit au septième jour, pleurésie purulente à streptocoques le vingt-quatrième jour ; empyème ; néphrite suraiguë ; mort le vingt-neuvième jour.

Gra., Julien, 21 ans, cultivateur, jeune soldat au 2^e régiment de cuirassiers, aurait eu une rougeole grave à l'âge de 15 ans, quelques crises nerveuses de nature indéterminées à 18 ans, de très fréquentes palpitations depuis son atteinte morbilleuse, et enfin plusieurs angiens phlegmoneux. Ses parents se portent assez bien ; néanmoins sa mère est rhumatisante et se plaint de palpitations.

Le 14 février 1902, le malade est pris dans la nuit de frissons répétés et de céphalée ; le lendemain, violent mal de gorge ; la température atteint 40° le soir.

Le 16 février (3^e jour) le malade entre au service des contagieux, porteur d'une éruption scarlatineuse nettement caractérisée ; sur un fond couleur fleur de pêche, se détache un pointillé peu foncé, avec un maximum au niveau des aisselles, des aines et des parties latérales du thorax. Le pharynx est rouge sombre ; les amygdales tuméfiées présentent un exsudat pultacé blanc jaunâtre.

Le malade accuse une violente céphalée ; il a de la diarrhée et vomit à diverses reprises ; les urines contiennent des traces d'albumine ; la température axillaire est de 39° le matin ; de 40° le soir ; le pouls bat à 120.

Cet état grave s'améliore assez rapidement, au point que le 22 février survient l'apyrexie, mais dans cet intervalle est apparu un nouveau symptôme.

Des sibilances se montrent dans la base du poumon droit le 20 février (7^e jour), puis à ce même niveau, des râles sous-crépitants, le lendemain ; les crachats examinés contiennent de nombreux streptocoques ; le malade se plaint de sueurs abondantes.

Le 25 février (12^e jour), les sibilances et les râles sous-crépitants ont envahi les deux tiers inférieurs du poumon droit ; les crachats, examinés avec soin, ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais seulement des streptocoques ; la sonorité pulmonaire ne paraît pas modifiée, pas plus que les vibrations vocales ; le pouls bat à 88. Sueurs persistantes.

Le 1^{er} mars (16^e jour) apparaît une adénite cervicale légère à gauche ; elle provoque une poussée thermique qui dure trois jours, puis tout paraît rentrer dans l'ordre ; la desquamation s'effectue, sans autres incidents que la persistance des signes pulmonaires mentionnés plus haut.

Dans la nuit du 9 au 10 mars (24^e jour), le malade est pris d'un violent point de côté à droite et de vomissements bilieux incoercibles : le thermomètre s'élève à 40° ; le pouls à 110 ; les crachats, jusqu'alors séro-purulents, sont striés de sang ; on note de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit, du souffle et des râles fins inspiratoires.

Le 11 mars, la température s'abaisse à 38°9, mais le pouls est à 120 et dans la soirée un nouveau point de côté de la plus grande violence se produit encore à droite ; le malade vomit tout ce qu'il prend ; le thermomètre accuse sous l'aisselle 40°,4.

Le 12 mars (27^e jour), la percussion et l'auscultation révèlent les signes d'un épanchement modéré paraissant remonter au niveau de l'angle de l'omoplate ; une ponction exploratrice ramène un liquide séro-purulent, riche en streptocoques et en leucocytes polynuclées ; à 2 heures du soir, on pratique la thoracotomie au niveau de la huitième espace intercostal et on établit un bon drainage ; la quantité du liquide écoulé est évaluée à 500 grammes, la température s'abaisse de 40° à 39°,5 dans la soirée ; le point de côté persiste.

Le 13 mars (28^e jour), l'amélioration de l'état général paraît notable : le pouls s'abaisse à 90, la température à 38°, mais on constate une oligurie marquée.

Le malade a émis seulement 400 gr. d'urine louche, un peu brunâtre, contenant de l'albumine en quantité, ainsi que de nombreux cylindres.

Vomissements bilieux répétés dans la journée : on pratique une injection de sérum artificiel et on applique des ventouses scarifiées sur la région rénale.

Le 14 mars (29^e jour), le pansement de l'empyème est renouvelé le matin, il est peu souillé, le malade n'a pas uriné depuis la veille au soir ; la sonde ne ramène que 120 gr. d'une urine louche, coagulant en masse par la chaleur ; la température est de 37°,8 ; le pouls bat à 120, il est très faible. Le malade a toute sa connaissance ; il vomit de la bile à plusieurs reprises. On pratique une nouvelle injection de sérum artificiel, et on dispose le malade pour lui faire une légère saignée, mais à ce moment, le pouls faiblit, le visage devient livide et le malade s'éteint en quelques minutes par collapsus cardiaque.

Nécropsie. Cadavre assez ématié.

L'ouverture du thorax montre une plèvre intacte ; le poumon du même côté est simplement hyperémié. La plèvre droite ne contient pas de pus ; le drainage s'est bien fait ; les feuillets épaissis, mais non adhérents sont recouverts de membranes fibrino-purulentes récentes, faciles à décortiquer. Le lobe inférieur du poumon droit est littéralement farci de granulations tuberculeuses de la grosseur d'un grain de mil à un grain de chénevis, les unes grisâtres, les autres jaunâtres et crues.

Malgré une recherche attentive, on ne réussit pas à déceler dans les sommets, pas plus que dans les ganglions bronchiques ou médiastinaux, de lésions tuberculeuses anciennes pouvant expliquer cet ensemencement lobaire. Le péricarde est intact ; le cœur petit et non flasque, ses parois amincies, décolorées, sont friables, se déchirent aisément sous le doigt ; les valvules sont intactes, les coronaires libres ; les cavités sont remplies de caillots cruoriques, enchevêtrés étroitement dans les cordages valvulaires.

Dans l'abdomen, on trouve un foie énorme (2 kil. 500) gorgé de sang noir qui s'écoule à la coupe ; sa consistance paraît normale ; on note simplement quelques plaques jaunâtres de dégénérescence aiguë à sa surface, la vésicule est distendue par la bile. La rate a son volume augmenté d'un tiers : elle est molle, couleur lie de vin. Les reins sont très gros (droit 340 grammes), leur coloration est pâle, leur consistance est diminuée ; les étoiles de Verheyen dessinent nettement leurs arborisations à la surface, la coupe montre un épaississement considérable de la substance corticale ; tous les vaisseaux sont vivement injectés. Il s'est évidemment produit une dégénérescence aiguë des épithéliums.

Rien à noter du côté des ganglions mésentériques, ni dans les autres organes.

Granulie au cours de la scarlatine

OBSERVATION LIV (HUTINEL) in thèse TOUPANCE, p. 195

Tuberculose pleuro-pulmonaire latente. Scarlatine, puis rougeole. Granulie. Mort.

B. Irma, 2 ans $\frac{1}{2}$, née de parents en bonne santé, élevée au biberon. Elle a fait une bronchite à six mois. Entérite avec selles muco-membraneuses.

Malade depuis octobre, époque à laquelle elle eut une conjonctivite soignée à Lariboisière. Elle entre le 5 mai à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Gilette, pour bronchite. Le lendemain, 6 mai, on la passe à la scarlatine où l'on constate à l'examen qu'elle présente de la fièvre : température 39°,8, un état général bon, une rougeur diffuse de toute la gorge, sans ulcération. Une otite droite, pas d'adénite. L'éruption scarlatineuse est légère.

Le pouls est fréquent, 130 ; la tension artérielle, 12 et 6 ; cœur normal.

Les autres appareils ne présentent rien de particulier, spécialement l'appareil respiratoire, malgré qu'on note une respiration fréquente. Les jours suivants, la température baisse et redevient normale.

14 mai. Angine pultacée droite avec mouvement fébrile, température, 38°.

15 mai. Même état, pouls rapide à 140. La respiration est fréquente : 48 à la minute.

18 mai. Gorge très rouge. De même, rougeur diffuse de la muqueuse buccale. On isole l'enfant dans la crainte d'une rougeole.

19 mai. T. = 38°,8. Stomatite persiste sans éruption. Quelques râles de bronchite dans les deux poumons.

21 mai. T. = $40^{\circ},3$ le soir. L'enfant tousse un peu ; quelques râles de bronchite.

23 mai. Abattement. Matin, T. = $38^{\circ},4$; soir, $40^{\circ},2$.

24 mai. On a trouvé l'enfant morte dans son lit, à 5 heures du matin, sans que rien ait pu, la veille, faire prévoir cette fin rapide.

25 mai. Autopsie.

Poids des organes : foie, 560 gr. ; rate, 50 gr. ; rein, 50 gr. ; surrénale, 5 gr. — Poumons : adhérences pleurales des deux côtés, poumons indurés, à la coupe ; série de granulations jaunes dans toute l'étendue des deux poumons. A la base droite : un tubercule de volume d'un pois. Au hile : plusieurs ganglions hypertrophiés ; l'un d'eux surtout, siégeant dans l'angle inter-trachéo-bronchique atteint à peu près le volume d'une noix, caséeux à la coupe.

Foie : De couleur pâle, présente quatre granulations sous la capsule et un tubercule miliaire.

Rate : une dizaine de granulations à la coupe.

Rien d'anormal dans les autres organes.

La rougeole était de date trop récente pour qu'on puisse lui imputer cette granulie et c'est bien la scarlatine qui doit être rendue responsable de la généralisation bacillaire.

Dans le cas suivant d'ADAM (1) que nous rapportons c'est également à la scarlatine qu'on doit la généralisation de toutes les lésions tuberculeuses que l'on trouve à l'autopsie.

(1) ADAM, Pericarditis and generalised tuberculosis following scarlatina. (*Glasgow, Md. J., L 1880*).

Péricardite et tuberculose généralisée, suite de scarlatine

ADAM (OBSERVATION)

D. L., 18 ans, en avril 1879, scarlatine ; début peu grave ; le quatrième jour, reprend son travail dans les champs en pleine éruption. Dix jours après forcé de s'arrêter. Douleur aiguë dans le côté gauche. On diagnostique : pleurésie gauche. Trois semaines après, anasarque, qui disparaît et se reproduit à plusieurs reprises.

27 juillet 1879, entre à l'hôpital. Gros foie, ascite, anasarque et hydrothorax gauche. Pas d'albumine dans l'urine. Epistaxis fréquents et toux spasmodique. Augmentation de la rate, 12 décembre : néphrite chronique : anémie, amaigrissement, figure bouffie, boursoufflée, léger anasarque, pas d'ascite : cependant, ni albumine ni cylindres.

Matité à gauche, en avant et en arrière du thorax. Douleur localisée à l'extrémité sternale de la clavicule.

Bruits du cœur assourdis. Foie et rate volumineux. Quintes de toux, épistaxis.

7 janvier 1880. Frottements pleurétiques, région sous-axillaire droite.

14 janvier 1880. Pas d'épanchement. Céphalée. Adénite cervicale.

19 janvier. Céphalée, vomissements incessants. Baisse de la température.

22 janvier. Crises convulsives ; état de stupeur profonde. La température continue à baisser.

23 janvier. Deux crises convulsives.

24 janvier. Mort dans le coma.

Autopsie. — Péricardite tuberculeuse aiguë ; ostéite tu-

berculeuse des deux os de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Ganglions médiastinaux volumineux et casqueux. Adhérences pleurales. Nodules tuberculeux dans le foie. Au hile, ganglion de la grosseur d'un marron. Les reins et la rate ne présentent rien de spécial. Méningite suppurée de la convexité. Dans le lobe frontal, tubercule gros comme une noisette.

Broncho-pneumonie tuberculeuse et scarlatine

Si nous considérons les cas de broncho-pneumonies tuberculeuses nous en relevons dans le travail de Gouget. Sur 858 cas de scarlatine, cet auteur rapporte sur 7 broncho-pneumonies qu'il a observées au cours de la scarlatine, un cas de broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë. Le cas était celui d'un enfant ayant succombé au 47^e jour de sa scarlatine. Nous pouvons rapporter à ce propos une observation de SIMONIN et une autre de TOUPANCE, toutes deux déterminées par la mort. En lisant ces deux observations, on peut se rendre compte que malgré la bénignité de la scarlatine dans le cas de SIMONIN, les foyers de lésions tuberculeuses anciennes furent violemment réveillés et conduisirent le malade à la mort au 23^e jour.

Dans l'observation de TOUPANCE, par contre, la scarlatine était d'une intensité moyenne ; elle provoqua également l'aggravation des symptômes pulmonaires et la généralisation de l'infection.

OBSERVATION II (SIMONIN)

Tuberculose ancienne du sommet gauche avec multiples cavernes et symphyse pleurales. Broncho-pneumonie tuberculeuse disséminée. Scarlatine bénigne intercurrente ; mort le vingt-troisième jour.

Lam., Mathurin, meunier, âgé de 21 ans, jeune soldat au 117^e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 17 janvier 1900, pour bronchite chronique.

Sa mère et une de ses sœurs ont succombé à la tuberculose. Lui-même est très sujet aux bronchites depuis une atteinte de rougeole subie à l'âge de onze ans ; à 17 ans. bronchite prolongée qui l'a maintenu au lit pendant trois mois ; deux ans après, adénite cervicale suppurée à droite, et hématurie passagère.

L'examen de la poitrine révèle des signes de bronchite généralisée ; on entend un peu partout des râles ronflants et sibilants, mêlés à des râles humides de cañbres variés. En arrière, le sommet gauche est nettement mat sur une assez grande étendue, les vibrations vocales sont exagérées ; l'auscultation montre une respiration très soufflante, des râles humides à grosses et moyennes bulles ; à droite, matité moins accusée ; vibrations exagérées, râles sous-crépitañts et muqueux confluent, sauf à la base, où on ne perçoit que des ronchus.

En avant, des deux côtés, dans les fosses sous-claviculaires, on note de la submatité, de l'exagération des vibrations, des râles muqueux abondants. Les crachats purulents contiennent des bacilles de Koch en abondance ; le malade a un peu de dyspnée, sa température oscille autour de 38°,5.

Il provient d'un casernement où sévit une épidémie de scarlatine deux jours après son entrée à l'hôpital, alors qu'il n'a pas encore quitté son lit, il se plaint de dysphagie ; on constate une rougeur diffuse sombre du pharynx ; le lendemain, la température axillaire atteint 39°,5 le soir, le malade saigne du nez à deux reprises, il vomit ses aliments, la dysphagie augmente, et le matin du troisième jour (22 janvier) on constate l'apparition d'une éruption scarlatineuse typique. Bien que peu intense, sur un fond de couleur fleur de pêche, se détache un léger piqueté, surtout visible au niveau des aisselles, des aines, des faces latérales du thorax ; la face est également un peu colorée. Sur le fond rouge sombre de la gorge, se détache l'amygdale droite tuméfiée, recouverte d'un léger exsudat pultacé, de ce côté, les ganglions rétro-maxillaires et cervicaux sont aug-

mentés de volume et douloureux. Le malade a de la diarrhée ; les urines ne contiennent pas d'albumine, le pouls bat régulièrement à 100.

Le 25 janvier (6^e jour) la langue est complètement desquamée, molle et framboisée ; la température axillaire s'abaisse à 37° le matin, puis remonte à 40° le soir ; l'éruption cutanée persiste avec les mêmes caractères.

Le 28 janvier (9^e jour) disparition de l'exanthème ; apyrexie matinale ; faiblesse générale très grande ; sueurs abondantes ; toux permanente empêchant le sommeil.

L'auscultation révèle des râles sous-crépitaux dans toute l'étendue de la poitrine, sauf dans les bases ; le pouls bat à 96 ; pas d'albumine dans les urines.

A partir du 30 janvier (11^e jour), la température oscille entre 38° et 39°, offrant assez fréquemment un type inverse ; le malade tousse et crache sans cesse ; les quintes déterminent de fréquents vomissements, l'asthénie générale est très marquée ; le cœur fléchit, le pouls oscille de 110 à 120 pulsations ; la respiration haletante, varie de 30 à 42, des épistaxis répétées se produisent. Disparition totale du murmure vésiculaire, encore peu de râles muqueux fins.

Du 3 au 7 février, le pouls se maintient autour de 130 ; des traces d'albumine apparaissent dans l'urine ; persistance des signes thoraciques ; submatité et égophonie à la base droite.

Du 7 au 10 février, le malade s'affaiblit de plus en plus ; le subdelerium s'établit en permanence ; la température s'élève lentement jusqu'à 37°.

Le 11 février (27^e jour), mort par asphyxie lente et collapsus cardiaque progressif, le thermomètre accusant 38° dans l'aisselle.

Nécropsie. — Cadavre notablement émacié. A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate une symphyse pleuro-pulmonaire du côté gauche ; les adhérences épaisses et serrées doivent être littéralement sculptées, principalement au niveau du sommet du poumon ; ce dernier est creusé

de trois cavernes d'origine relativement ancienne, à en juger par l'état de leurs parois ; la plus importante a le volume d'une petite mandarine ; au-dessous, tout le parenchyme est le siège d'une infiltration tuberculeuse massive qui n'a respecté que la partie la plus déclive du lobe inférieur gauche.

A droite, les feuillets pleuraux sont unis par des cordages assez faciles à rompre au niveau du sommet ; on trouve, à la base, un léger épanchement séro-fibrineux ; lésions diffuses de broncho-pneumonie spécifique occupant tout le lobe supérieur, marbrant d'îlots le lobe moyen et respectant le lobe inférieur qui est simplement congestionné. Les ganglions du hile, aussi bien que ceux adjacents aux grosses bronches, sont semés de granulations grises et jaunes. Le cœur, normal, a ses cavités droites un peu dilatées ; sa fibre est pâle.

Dans la cavité abdominale, on trouve une rate intacte, un gros foie congestif (2.300 grammes), des reins simplement congestionnés. Les ganglions mésentériques, le péritoine, l'intestin, les organes génitaux sont intacts.

OBSERVATION LII (TOUPANCE)

Tuberculose pulmonaire confirmée. Scarlatine. Phlegmatia alba dolens. Broncho-pneumonie. Aggravation des lésions tuberculeuses pulmonaires. Mort.

G. R., âgé de 18 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital des Enfants Malades, le 22 mars 1917, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants. Il est souffrant depuis six semaines et tousse beaucoup, est dyspnéique, a des sueurs nocturnes, de la fièvre dans la soirée, pas d'expectoration. On le trouve abattu.

L'examen du thorax ne dénote rien d'anormal aux pou-

mons en avant, mais en arrière, la base droite est légèrement submate et l'on y entend quelques râles humides congestifs.

Le cœur est rapide, le pouls à 120, bien frappé.

Langue saburrale : gorge normale : aucun trouble intestinal.

Les jours suivants, température irrégulière avec grandes oscillations ; on prescrit des enveloppements froids.

28 mars. L'enfant est cyanosé, le pouls à 140, bien frappé ; à la base droite, toujours submate, on perçoit des râles crépitants et du souffle. Injection d'huile camphrée, ventouses scarifiées.

29 mars. Apparaît un exanthème scarlatineux léger ; le lendemain, angine très rouge avec adénopathie sous-maxillaire à gauche. Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°,5, la scarlatine évoluant normalement ; mais l'état du poumon s'aggrave et le 3 avril, on constate des signes d'infiltration du sommet droit.

10 avril. Œite gauche.

16 avril. La température entre 37° et 38° ou autour de 38°. On note un disque d'albumine dans l'urine. Les chevilles et le dos des pieds sont œdématisés. L'œdème est plus marqué à la jambe droite et douloureux (Phlegmatia alba dolens).

24. Broncho-pneumonie ; foyer à la base gauche ; grandes oscillations thermiques de 37°,5 à 39°,8.

L'état s'améliore ensuite, mais jusqu'à sa sortie le 23 mai, fièvre continuë de 38° avec persistance de symptômes de tuberculose pulmonaire. L'enfant est envoyé en convalescence à Brévannes.

Il rentre dans le service, salle Rouchet, le 18 juin 1913, avec un mauvais état général. Maigre, les extrémités cyanosées, le ventre tendu et pâteux. Son foie augmente de volume et peu sensible, dépasse de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes.

Les lésions pulmonaires ont progressé, la base gauche

est mate, on y entend un souffle. Les deux sommets sont infiltrés (râles humides) les lésions prédominent à droite.

20 juin. *L'intradermo-réaction est positive.*

Tout le mois suivant, état précaire, fièvre persistante à 38-39°, amaigrissement progressif.

17 juillet. Les signes cavitaires de la base gauche sont très étendus, ils remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate ; souffle caveux avec gargouillements au sommet gauche ; souffle d'adénopathie.

À droite, même souffle au sommet ; respiration rude à la base droite. Du 27 juillet au 3 août, fièvre hectique, puis apyrexie.

15 août. T. = 36°, puis 36 degrés ; l'enfant succombe le 16. Pas d'autopsie.

La scarlatine a été le point de départ d'une évolution plus rapide des lésions bacillaires du poumon.

Erysipèle, tuberculose, scarlatine

D'une manière analogue, que pour l'antagonisme prétendu des affections streptococciques sur la tuberculose WATEAU arrive en étudiant l'influence de l'érysipèle, à cette conclusion que le streptocoque soit dans ses manifestations cutanées, soit dans ses localisations broncho-pulmonaires, aggrave dans la grande majorité des cas l'évolution de la tuberculose. Le streptocoque agit simplement en déterminant une réaction inflammatoire. Son rôle serait à interpréter dans le même sens qu'un vésicatoire ou la tuberculine dans les cas de trèves spontanées ou prolongées de la tuberculose.

Si nous ouvrons cette parenthèse à propos de l'érysipèle c'est que nous trouvons justement un cas typique de GÉRIN, où les deux soi-disantes affections antagonistes de la tuberculose : erysipèle et scarlatine se trouvent associés. Comme on pourra d'ailleurs se rendre compte à la lecture de ce cas remarquable, loin d'arrêter cette évolution, ces deux infections streptococciques ne firent que hâter et aggraver considérablement une adénopathie médiastine tuberculeuse.

OBSERVATION (GÉRIN) Résumé

Erysipèle. Scarlatine. Deuxième érysipèle. Hémoptyses abondantes. Mort. Broncho-pneumonie caséreuse.

15 avril 1916. L. C., 17 ans. Convalescent d'un érysipèle de la face présente de la scarlatine qui les premiers jours évolue normalement.

20 avril 1916. A l'auscultation : nombreux râles, grosses bulles dans les deux poumons. L'expectoration est peu abondante. Erethisme cardiaque.

23 avril 1916. Douleurs rhumatismales.

26 avril 1916. Deuxième erysipèle. Albumine dans les urines.

28 avril. Mauvais état général, cyanose, dyspnée. Fièvre élevée.

27 au 30 avril. La température baisse. Hémoptysie abondante.

1^{er} mai. On constate une énorme caverne sous la clavicule à droite, en arrière, avec gargouillements. Nouvelles hémoptysies auxquelles le malade succombe.

Autopsie. Enorme masse ganglionnaire englobant tous les vaisseaux de la base du cœur. Péricarde indemne. Poumon gauche congestif. Pas de pleurésie. Poumon droit présente des adhérences ; à la coupe, bloc énorme de pneumonie caséuse typique. Sommet congestionné et farci de noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse moins avancée.

En résumé : adénopathie médiastine réchauffée peut-être avant la scarlatine^e; ensemencements provoquant la formation de noyaux de broncho-pneumonie. Scarlatine. Coup de fouet à toutes ces lésions.

**Tuberculose sans phénomènes broncho-pulmonaires
ou pleurétiques marqués au cours
de la scarlatine**

Parmi les cas qui se sont améliorés, en dehors de l'observation PARSONS que nous avons rapportée à propos des pleurésies tuberculeuses, nous pouvons signaler l'observation de LEMOINE, intéressante par ce fait que la scarlatine a évolué d'une manière apyrétique et que les symptômes tuberculeux d'une lésion avancée se sont nettement amendés.

Il nous semble que c'est le seul fait prônant d'une amélioration de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire qui soit rapporté dans la littérature; toutes les autres observations soit disant d'amélioration peuvent être classées dans les cas indifférents.

Parmi ceux-ci nous pouvons considérer dans cette série ceux qui du fait des lésions pulmonaires tuberculeuses ne présentaient pas de lésions pleurales ou broncho-pulmonaires intenses. L'observation de notre maître, le professeur HUTINEL, celle de SIMONIN (obs. I), celles de BRISSOT (obs. IV et XX). Tous ces malades sont partis sans voir leurs lésions aggravées par le passage de la scarlatine. On peut également adjoindre l'observation LXIX de SAINT-PAUL dont le malade présentait des sommets suspects et une adénopathie généralisée due au sérum antidiphthérique, ainsi que l'observation LXX du même auteur. Nous rajoutons une observation personnelle où

la scarlatine ne semble pas avoir influé sur la lésion tuberculeuse du sommet droit.

OBSERVATION (1)

15 mars 1895. Femme de 48 ans, entre pour une tuberculose pulmonaire ; expectoration abondante, légère hémoptysie quelque temps auparavant, sueurs très fréquentes, diarrhée. Au poumon droit, tous les signes d'une caverne ; au poumon gauche, tuberculose au début.

3 mai. Eruption localisée d'abord à l'abdomen, aux seins et au tronc, puis elle envahit les cuisses et les jambes, puis les membres supérieurs. Elle ressemblait à une éruption de rougeole. Pas de fièvre, ni céphalée, ni maux de reins, ni gêne respiratoire, aucun symptôme général. Cette éruption provoque un prurit très intense.

On pense d'abord, vu l'absence de fièvre à un rash médicamenteux dû au chlorate ; mais au bout de 3-4 jours, on voit que l'éruption, loin de diminuer, augmente de plus en plus. On pense alors à un érythème dû à la résorption de pus au niveau des cavernes tuberculeuses.

13 mai. Desquamation épidermique considérable commençant par les membres et les fesses ; l'épiderme se séparait en lambeaux, et la desquamation se faisait en divers points à la fois. Il n'y avait plus de doute, c'était la scarlatine. En même temps, apparaît de l'albuminurie abondante, absente auparavant. Elle est encore confirmée par ce fait que la voisine de lit de la malade a présenté quelques jours après elle une scarlatine absolument typique.

Ce qu'il y a de plus curieux dans cette observation, c'est que du moment où la scarlatine a commencé chez

(1) LEMOINE. — Scarlatine apyrétique chez une tuberculeuse. (*Le Nord Médical*, Lille, 1^{er} mai 1896, n° 38, pp. 65-67).

cette femme, les symptômes de tuberculose se sont amendés. A l'auscultation, on pût constater que les râles de congestion qui existaient autour de la caverne ont diminué, pour disparaître presque entièrement ; le gargouillement lui-même ne se montrant plus, la caverne se séchant. Il semble que, dans ce cas, la scarlatine a agi comme un vaste sinapisme, qui en provoquant la congestion de la peau, faisait disparaître les phénomènes congestifs pulmonaires. L'amélioration de l'état pulmonaire s'est maintenu après la guérison de la scarlatine.

C'est d'autant plus exceptionnel que la scarlatine évoluant chez un tuberculeux donne une aggravation à la tuberculose pulmonaire, qui prend un caractère plus rapide. D'autre part, un autre point intéressant, c'est le prurit intense, qui est très rare dans les cas de scarlatine. Contrairement à de nombreux auteurs, RILLET ET BARTHEZ, QUINON, FREMIGE, qui disent qu'une scarlatine apyretique est insignifiante, dans le cas présent, la malade a une néphrite scarlatineuse qui peut créer un danger très grand pour l'avenir.

OBSERVATION XLIX (HUTINEL) in thèse TOUPANCE, p. 180.

Tuberculose pulmonaire confirmée. Scarlatine discrète. Pas d'aggravation des lésions pulmonaires.

D. A., âgée de 7 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital, le 15 mai 1909. Père atteint de tuberculose pulmonaire, ayant présenté des hémoptysies. Une sœur, âgée de 4 ans $\frac{1}{2}$, tousse continuellement. Cette enfant, toujours malade, a déjà fait une varicelle à 3 ans et une rougeole à 5 ans. En avril dernier,

L'état devient mauvais ; l'enfant maigrit, son facies s'altère, elle a de la fièvre.

13 mai. Elle éprouve des douleurs abdominales pour lesquelles son médecin pense à une péritonite tuberculeuse.

A son entrée, l'auscultation de la poitrine fait entendre des râles sous-crépitants, prédominants au sommet droit. en avant. Les deux sommets sont mats à la percussion.

La cuti-réaction est positive.

Le 19, au soir, brusquement, la température monte à 40°.

20 mai. L'enfant fait une éruption discrète, surtout marquée à la face interne des cuisses et sur les côtés du thorax. Langue rouge, dépouillée.

Pas de ganglions rétro-maxillaires.

Le thermomètre marque 37°,4, le pouls 104.

Les jours suivants, la scarlatine évolue, sans autre complication que la présence d'une assez forte proportion d'albumine dans l'urine le 26, sans anasarque.

Jusqu'à sa sortie, qui eut lieu le 9 juin, la température fût normale et l'auscultation permit de constater la persistance de la diminution de sonorité des deux sommets, plus marqués à droite, et la présence de craquements nets à ce sommet droit.

Pas d'aggravation.

OBSERVATION I (SIMONIN)

Tuberculose pulmonaire du sommet droit, au premier degré ; pleurésie sèche ancienne de la base du même côté. Scarlatine bénigne intercurrente ; légère poussée congestive pleuro-pulmonaire droite consécutive ; guérison.

La..., Louis, valet de chambre, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 16 décembre 1899, pour hémoptysie. Il a été atteint, il y a cinq ans, d'une pleurésie droite, sans épanchement. On constate des signes de con-

gestion au sommet droit du poumon ; il existe de la submatité, de la résistance sous le doigt à la percussion ; le murmure vésiculaire est obscur, la respiration soufflante, quelques craquements secs sont perçus à la fin de l'inspiration, dans les secousses de toux, au niveau de la fosse sus-épineuse.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état du malade s'améliore rapidement, quand au milieu du mois de janvier 1902, il se trouve en contact avec un scarlatineux, à la période angineuse. Trois jours après, il ressent une céphalée violente, de la rachialgie et une dysphagie assez marquée.

L'isthme pharyngé est le siège d'un érythème diffus, de couleur sombre, luisant, comme vernissé ; les amygdales sont légèrement tuméfiées, sans exsudats. Le lendemain, apparition d'une éruption de scarlatine des plus caractéristiques ; la face est respectée, mais on trouve sur tout le corps une coloration framboisée, dont la teinte se fonce aux aisselles, aux aines et sur les faces latérales du thorax ; au niveau des bras, piqueté scarlatin des plus nets.

L'état général est peu influencé, la température axillaire ne dépasse pas 38°, le pouls bat à 90, l'urine ne contient pas d'albumine. Les jours suivants la température oscille entre 37° et 38° ; le 22 janvier (8^e jour) l'angine a disparu, l'éruption n'est plus visible, la desquamation se montre au cou, et même à la face, qui n'a pas été cependant le siège d'un exanthème.

Le malade tousse beaucoup, ses crachats muqueux, striés de pus, contiennent quelques germes pyogènes ; on ne peut y déceler le bacille de Koch.

Le 2 février (19^e jour) on voit apparaître quelques stries sanguines dans l'expectoration qui reste cependant abondante et surtout muqueuse ; l'auscultation permet de retrouver dans le creux sus-claviculaire, et dans la fosse sus-épineuse, les signes déjà décrits ; les râles sus-inspiratoires sont assez denses ; la température oscille entre 37 et 38 de-

grés ; le malade a perdu 2 kilogs depuis le début de la scarlatine ; il accuse une douleur pénible entre les deux épaules ; les symptômes persistent sans aggravation jusqu'au 22 février (39^e jour).

A ce moment, la desquamation scarlatineuse est encore visible au niveau des mains et des pieds. L'auscultation du sommet droit révèle simplement un timbre respiratoire un peu rude, ainsi qu'une expiration prolongée ; les crachats séro-muqueux, peu abondants, expulsés le matin seulement, ne contiennent toujours pas de bacilles, on perçoit quelques frottements pleuraux à la base droite.

Le 26 février (42^e jour), la desquamation est terminée. Ce malade envoyé à la campagne et soumis à la suralimentation est revenu notablement engraisé ; il a été réformé et occupe actuellement un emploi de piqueur à la Compagnie des Omnibus de Paris.

OBSERVATION IV (BRISSET) p. 31

Tuberculose pulmonaire. Scarlatine

B. P., âgé de 7 ans, entre le 8 février 1875, salle Saint-Benjamin, n° 3.

8 février, soir. L'enfant est pâle et sans embonpoint, tousse un peu. Dans la poitrine, à l'auscultation, râles sibilants dans les deux poulmons ; râles humides, mais tandis que dans le poumon droit, ils sont à bulles assez larges, surtout au sommet, à gauche, ils sont beaucoup plus fins, très confluent, même au sommet, où ils ont un certain caractère de sécheresse. Au même sommet, en arrière, avec une légère diminution du son à la percussion, on trouve l'expiration prolongée. En avant, râles sous-crépitaux et sibilants à la base. L'enfant est rachitique ; la courbure des tibias est exagérée, le sternum convexe en avant, et les fausses-côtes assez relevées. Pas d'appétit.

10 février. Les râles ont un peu diminué (Kermès).

13 février, pouls 144. Depuis l'entrée, l'enfant continue à tousser ; ce matin, on trouve l'enfant somnolent, le visage très coloré, la peau chaude. Tout le corps est le siège d'un erythème qui par places prend le caractère scarlatineux. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés surtout à gauche. Rougeur et tuméfaction de la luette, sans exsudat. Un peu d'obscurité à la base gauche, où l'on trouve les râles un peu plus confluents qu'à droite.

14 février. P. 140. T. matin et soir, 38°, 8. L'erythème, ce matin, s'est caractérisé davantage, surtout aux membres inférieurs et au tronc. Les joues sont le siège d'un erythème très marqué, qui ne prend le caractère ponctué qu'à la partie inférieure.

Tout le voile du palais, tout le pourtour de l'isthme sont le siège d'une rougeur briquetée. Les râles sous-crépitaunts de la base gauche sont beaucoup plus nombreux et plus fins (6 ventouses sèches à la base gauche).

15 février. P. 136. L'éruption est restée stationnaire, très caractérisée. La langue est complètement dépouillée de son épithélium. Rougeur persistante de la luette et du pourtour de l'isthme. Les râles restent confluents, à bulles plus larges qu'hier.

16 février. P. 120. L'éruption est encore très nette, les râles persistent aux deux bases, surtout à gauche.

17 février. P. 100. La diminution du son à la base gauche est moins sensible ; néanmoins les râles y sont encore très confluents. L'éruption est encore très marquée, la rougeur de l'isthme a presque entièrement disparu.

18 février. P. 96. L'éruption a sensiblement pâli depuis hier. On constate aujourd'hui un peu de prolongement rude, systolique de la pointe du cœur. Toujours des râles sous-crépitaunts fins à la base gauche.

19 février. Tout allait bien, lorsque l'enfant a fait l'imprudence de marcher pieds nus dans la salle (froid intense). Hier soir la courbe est montée à 38°, 4. Ce matin, toute trace d'éruption a disparu, les râles persistent à la base gauche.

21 février. T. 38. La desquamation commence aux aînes.

22 février. L'enfant est retiré par les parents.

OBSERVATION XX (BRISSOT) p. 58

Tuberculose pulmonaire. Scarlatine

P. M., âgée de 12 ans, entrée le 7 juin 1875, salle Sainte-Mathilde, n° 4.

L'enfant plus souffrante depuis trois semaines, est pâle et maigre, se plaint de douleurs au côté gauche et au creux épigastrique. Elle tousse peu, sueurs presque toutes les nuits, pas d'appétit. Elle serait sujette à la diarrhée.

Dans la poitrine, sans notable diminution du son, la respiration est plus obscure dans les deux tiers inférieurs du poumon droit qu'à gauche. De ce même côté, son obscur et rudesse de la respiration, sans râles. Dans les deux tiers inférieurs, les vibrations sont diminuées, et augmentées, au contraire, au sommet. En avant, sous la clavicule droite, la respiration est rude, avec expiration prolongée, retentissement de la voix et exagération des vibrations thoraciques. Pas de râles, même dans les fortes inspirations. Fièvre le soir, rien au cœur, souffle doux dans les vaisseaux du cou (arseniate de soude).

8 juin. P. 140.

Ce matin, sans aucun phénomène prodromique observé hier, on constate sur toute la surface du corps un piqueté rouge scarlatineux, surtout marqué dans le dos. Rougeur du pourtour de l'isthme. Rien au cœur (Eau laiteuse).

10 juin. L'éruption s'est encore mieux caractérisée et s'est accompagnée par places d'une éruption miliaire. Aujourd'hui, troisième jour de l'éruption, elle est très caractérisée au cou, quoique la fièvre soit en grande partie tombée. Le pourtour de l'isthme conserve sa teinte framboisée, mais la langue n'est pas caractéristique.

12 juin. Pas d'albumine dans les urines.

L'éruption, depuis hier, a commencé à pâlir ; la langue est dépouillée sur ses bords et la fièvre est presque nulle.

14 juin. Apyrexie. Rien à la gorge, rien au cœur. La desquamation commence au pli de l'aîne.

30 juin. Etat très satisfaisant ; la desquamation continue ; bains savonneux.

OBSERVATION LXIX (DE SAINT-PAUL), p. 234.

Scarlatine. Urticaire et adénite généralisées consécutives à la séro-thérapie. Tuberculose.

B. E., âgé de 12 ans. Entre le 18 avril 1903.

Antécédents. Père décédé il y a trois ans, phthisique. Cet enfant est né à terme, nourri au sein. Bronchite et pleurésie à deux ans. Diphtérie à cinq ans. Il est sujet aux épistaxis.

Etat actuel. Le 17 mars, l'enfant s'est plaint de la gorge. L'éruption est apparue le lendemain 18 et l'enfant arrive au pavillon. Angine simple, langue saburrale. L'éruption dura 3 jours. Elle est terminée le 21, et le 23 on constate un début de desquamation légère au cou. Le 25, la desquamation est bien nette sur le tronc. La température est restée au-dessous de 38° depuis l'arrivée de l'enfant.

Complications. 1° urticaire. Le 30 avril, il y a une éruption d'urticaire généralisée et très confluyente sur le tronc et les membres inférieurs. Le 1^{er} mai, cette éruption est disparue. Sept jours avant l'apparition de l'urticaire, le 23 avril, on avait fait une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Cette éruption d'urticaire a co-existé avec une ascension thermique qui a duré trois jours : du 28 au 30 avril inclusivement, la température s'est tenue près de 39° ; le lendemain, 1^{er} mai, elle est revenue à la normale, 37°.

2° Adénite brusque et généralisée survenue le 29 avril et constatée partout où il y a des ganglions :

- 1° Sous la machoire inférieure ;
- 2° Sous les aisselles ;
- 3° Au pli de l'aîne ;
- 4° A l'épitrachée ;
- 5° Adénopathie trachéo-bronchique traduite à l'auscultation .

Cette adénite généralisée coexiste avec l'éruption d'urticaire et les modifications de la température que nous avons signalées plus haut.

Le 30 avril. Il semble que les ganglions sont plutôt un peu diminués par rapport à la veille. L'adénite est complètement résorbée le 2 mai, alors qu'il n'y a plus d'urticaire, et que la température est redevenue normale.

3° Tuberculose. A l'auscultation des poumons, *les sommets paraissent suspects*, il y a des râles sous-crépitaux du sommet droit ; nous avons dit que le père était mort phthisique.

Remarque. — L'adénite n'est pas de nature tuberculeuse puisqu'elle s'est résorbée, mais elle est due au sérum comme l'éruption d'urticaire.

Terminaison. — A partir du 2 mai, l'urticaire et l'adénite disparus, la scarlatine évolue normalement sans autres complications. Plus de fièvre notable, le thermomètre ne dépasse plus 38°. L'enfant sort le 28 mai, guéri de la scarlatine.

OBSERVATION LXX (DE SAINT-PAUL), p. 235

Scarlatine. Tuberculose

P. G., âgé de 10 ans.

Nous n'avons pas de renseignements sur les antécédents

Cet enfant est en état de phthisie confirmée : il a maigri sensiblement en l'espace d'un mois, il expectore quelques crachats contenant des filets de sang, ses forces ont dimi-

nué ; à l'auscultation on trouve la respiration rude à gauche et en arrière. Il est soigné salle Guersant.

Le 20 juin, il y a une ascension brusque de température : 37° le matin et 40° le soir. L'éruption de scarlatine apparaît le 22. La température revient près de la normale le 23.

On constate de l'œdème des bourses et un peu d'albumine dans les urines, complications qui s'amendent assez rapidement.

Dès le 10 juillet, il n'y a plus de fièvre.

La scarlatine évolue normalement.

L'enfant passe à la salle Blache, le 12 août.

OBSERVATION PERSONNELLE

Tuberculose du sommet droit au début ; Scarlatine

P. G., fillette, âgée de 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants Malades, le 26 juin 1916, à la salle Parrot. Elle vient consulter parce qu'elle a des douleurs au ventre.

A. H. Père, 42 ans, bien portant ; mère 33 ans, a un enfant vivant et une fausse couche de trois mois.

A. P. Née à terme, élevée au sein. A eu la rougeole, la scarlatine, la varicelle. Réglée depuis le mois de décembre 1915, très irrégulièrement.

Il y a une semaine, l'enfant commence à vomir et n'a pas d'appétit. Elle est très fatiguée. Otite gauche, perforation du tympan à droite, surdité partielle ; elle est soignée depuis quatre ans pour ses oreilles.

A l'examen. Gargouillement de la fosse iliaque droite, grosse rate, myœdème, pouls 104. Respiration 24. Ganglions au cou. On diagnostique une fièvre typhoïde qui évolue normalement. Au cours de sa convalescence, le 26 juillet, malaise général, mal à la gorge.

Le 27 juillet. Il apparaît une éruption de scarlatine ; angine rouge ; ganglions au cou. Pas d'albumine. T. = 39°,8.

Le 29 juillet. Léger erythème infectieux au cou, aux coudes et aux épaules.

A l'examen des poumons : à droite, en arrière, submatité su sommet. Vibrations augmentées. Respiration diminuée et soufflante. Bronchophonie.

Vers le 2 août, la température revient à la normale et se maintient jusqu'à sa sortie le 18 septembre.

Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et scarlatine

Parmi des anciennes lésions tuberculeuses et notamment chez des sujets présentant une adénopathie trachéo-bronchique marquée au cours de la scarlatine, nous pouvons citer les deux observations de SIMONIN (obs. IV et obs. V). La scarlatine s'est montrée maligne dès les premiers jours et chez des sujets en apparence robustes elle a donné une mort rapide ; SIMONIN explique ce fait non seulement par les lésions tuberculeuses réchauffées, mais également par les altérations du foie, telles qu'on les constate chez les tuberculeux succombant à une lente consommation. C'est à ces lésions hépatiques chroniques dépendant d'une intoxication tuberculeuse ancienne qu'on pourrait attribuer l'évolution maligne de certains cas de scarlatine (1).

ROCHELY a noté également les observations d'enfants tuberculeux avec des symptômes trachéo-bronchiques prédominants. Sur 1.369 observations de scarlatine, il a

(1) Cependant Gouget rapporte l'observation d'un enfant maligre, souffreteux, touseux, et qu'il considère comme très vraisemblablement tuberculeux, qui au cours de la scarlatine présente un ictère assez franc, un gros foie et des doigts hippocratiques. Il ne succomba pas malgré les altérations de son système hépatique, comme dans les deux cas de Simonin, et à sa sortie, l'ictère et le volume de son foie avaient un peu diminué.

Malheureusement, dans ce court aperçu, l'auteur ne donne pas l'état des voies respiratoires pendant et après la scarlatine.

observé 11 cas de tuberculose, dont 5 avec adénopathie trachéo-bronchique ; tous ces 5 cas concernaient des enfants au-dessous de 3 ans. C'était des lésions anciennes qui, par suite de la scarlatine, ont reçu une coup de fouet et ont abouti à la mort.

TURNER (2) rapporte un cas d'adénopathie trachéo-bronchique ayant évolué à la suite de la scarlatine vers la granulie et une méningite bacillaire.

Nous rapportons nous-mêmes trois cas qui ne semblent pas avoir été défavorablement influencés.

OBSERVATION IV (SIMONIN)

Tuberculose cavitaire ancienne du sommet pulmonaire droit; nodule tuberculeux fibreux sous-pleural gauche; adénopathie trachéo-bronchique fibro-caseuse; scarlatine maligne; mort à la période éruptive.

Aub., Jules, cultivateur, ancien soldat au 103^e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 25 janvier 1902, à 10 heures du matin, avec le diagnostic de scarlatine maligne.

Cet homme, employé comme ordonnance chez un officier, serait indisposé depuis une huitaine de jours. Désireux de ne pas perdre son emploi, il a lutté jusqu'au dernier moment et n'a réclamé l'assistance médicale, que le 24 janvier, fort tard dans la soirée.

Son état est des plus graves, on note une éruption généralisée, couleur lie de vin, sur la face comme sur le corps

(2) TURNER, Miliar tuberculosis of the lung with caseous bronchial glands after scarlatine with nephritis; tubercular meningitis. (*Tr. Path. Soc. Med. Lond.* 1883).

et les membres ; les conjonctives sont fortement hyper-émiées ; les lèvres sont violacées. La température atteint dans l'aisselle 40°,9 ; le pouls, presque imperceptible, bat à 180 ; les bruits du cœur sont sourd et se succèdent en un rythme fœtal ; on compte soixante respirations superficielles à la minute ; la voix est éteinte, l'intelligence encore nette, l'anxiété énorme. Le pharynx montre une rougeur sombre, diffuse ; pas de fausses membranes, ni d'enduits pultacés ; pas d'adénopathie ni de cellulite cervicale ; ni cornage, ni tirage sus-sternal.

Les poumons paraissent encombrés de râles sous-crépita-nts. A son arrivée, le malade émet 300 gr. d'urine assez foncée, mais transparente ; elle coagule en masse par la chaleur et contient de l'urobiline. On pratique immédiatement des injections d'éther et de caféine, puis une injection de sérum artificiel de 500 grammes ; affusions froides suivies de frictions énergiques.

A partir de midi, le malade devient très surexcité, il cherche à sortir du lit ; sa figure grimace, il a un rictus sardonique ; il refoule ses couvertures ; il repousse les infirmiers qui le soignent.

Malgré le traitement, on voit se produire une cyanose progressive ; le pouls devient imperceptible, le malade meurt à 2 heures du soir.

Nécropsie. Cadavre très fortement musclé ; poitrine large, bien conformée. Face et cou livides. Le reste de la surface cutanée est plutôt pâle.

A l'ouverture du thorax, on trouve une faible quantité de liquide citrin, dans un péricarde intact ; on note cependant quelques taches ecchymotiques violacées, rondes ou ovales, sur le feuillet viscéral.

Le cœur est arrêté endiastole ; les cavités droites sont gorgées de caillots cruosiques et fibrineux enchevêtrés dans les cordages de la tricuspide ; les valvules sont intactes ; le fibre a sa couleur et sa consistance normales. L'aorte des-

cendante offre une série de plaques d'athérome, nulles et jaunâtres.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide ; on note à gauche, quelques adhérences, lâches sur les faces latérales et en arrière, à droite, le sommet du poumon est étroitement fixé à la plèvre pariétale par une symphyse complète.

Le parenchyme du poumon gauche est fortement hyperémié, mais on ne trouve, en fait de lésion spécifique, qu'un nodule tuberculeux sous-pleural, de la grosseur d'un pois chiche, guéri par évolution fibreuse et situé à la partie postéro-inférieure de l'organe.

Les divers lobes du poumon droit sont unis par de lâches adhérences ; on sent à la palpation des masses résistantes dans le sommet ; la coupe du parenchyme montre en ce point un bloc dur, criant sous le couteau, compacte, fibreux, de couleur ardoisée, occupant la partie la plus élevée du sommet ; un peu au-dessous et en dehors, les coupes mettent à jour trois geoles anciennes de la grosseur d'une noisette, nettement isolées et limitées par une coque fibreuse contenant encore un liquide séreux louche.

Il s'agit évidemment de lésions tuberculeuses anciennes, ayant évolué vers la guérison ; ailleurs, on ne trouve qu'une congestion diffuse généralisée.

L'examen des ganglions inter-bronchiques en ont fait découvrir trois volumineux ; les deux plus petits sont fibreux, ardoisés ; le plus volumineux, de la grosseur d'une noix est marbré, fibro-caséux.

La cavité abdominale recèle un foie volumineux et ramassé sur lui-même (2 kilogrammes), hyperémié et nettement atteint de dégénérescence graisseuse. La rate pèse 180 grammes, elle est absolument diffluente.

Les reins ne présentent au point de vue microscopique qu'une vive injection ; leur volume est normal, la substance corticale ne paraît point épaissie.

Rien à noter dans les autres organes, si ce n'est une congestion généralisée du centre nerveux, qui se traduit par la

présence d'un piqueté rouge à la surface des coupes pratiquées sur le cerveau et ses prolongements.

Le sang de la veine ensemencé pendant la vie, le sang du cœur prélevé post-mortem n'ont donné lieu à aucune culture.

OBSERVATION V (SIMONIN)

Tuberculose ancienne fibreuse et caséeuse des ganglions interbronchiques, ainsi que¹ de la plèvre droite ; pas de lésions pulmonaires. Scarlatine maligne. Mort au 7^e jour.

M., Louis, âgé de 21 ans, employé de commerce, jeune soldat au 103^e régiment d'infanterie, aurait eu la fièvre typhoïde à l'âge de neuf ans ? Depuis ce temps là, il s'enrhumerait et tousserait tous les mois ; jamais d'hémoptysie.

Le 24 janvier 1902, il est pris de diarrhée ; le lendemain, courbature, frissons, dysphagie ; il assiste néanmoins à une revue, mais il prend une syncope sur les rangs ; le 25 janvier, rhinite assez accusée ; il se présente à la visite médicale le 26 ; on l'évacue sur l'hôpital Val-de-Grâce avec le diagnostic d'angine suspecte ; la scarlatine sévit dans la caserne qu'il occupe. On constate, à son arrivée, le début d'une éruption qui occupe le cou, le thorax et les membres supérieurs, sous forme d'un fin pointillé rouge assez confluent.

La déglutition est très douloureuse ; tout le pharynx est le siège d'un érythème sombre ; sans œdème ni exsudats ; les conjonctives sont hyperémiées ; du mucopus strié de sang s'échappe des narines ; le malade a dans la soirée un épistaxis. La température axillaire atteint 40°2 ; on note de la somnolence, de l'abattement, un état de stupeur ; la langue est sèche et fendillée ; le poulx, sans tension, bat à 110 ; le foie paraît un peu augmenté de volume, il est douloureux à la pression ; les urines contiennent une faible quantité d'albumine.

Enfin le malade tousse beaucoup et rejette des crachats séro-muqueux incolores ; on perçoit des ronchus et des sibilances dans toute l'étendue de la poitrine ; submatité en aires irrégulières au niveau de l'hémi-thorax droit.

Le 28 janvier (5^e jour) l'éruption scarlatineuse s'est généralisée en même temps que renforcée ; tout le corps, sauf la face, est le siège d'un érythème vif, parsemé d'un piqueté assez dense.

Le malade vomit de la bile à plusieurs reprises ; il a de nombreuses selles liquides ; douleur constante à l'épigastre.

La rhinite purulente s'accuse ; le pharynx rouge sombre est un peu oedémateux. L'impulsion cardiaque est faible ; le pouls bat à 114 ; la température se maintient au voisinage de 40° ; on note du subdélire par intervalles ; on prescrit des bains tièdes, à prendre toutes les trois heures.

Le 29 janvier (6^e jour), la température s'est abaissée à 39° ; l'état général est mauvais ; stupeur alternant avec le délire ; éruption a pâli, mais le collapsus cardiaque est menaçant ; les bruits sont sourds, très rapprochés ; le pouls faible, bat à 132 ; la diarrhée a cessé ; les urines, peu abondantes, légèrement rougeâtres, sont riches en urobiline, mais ne contiennent que peu d'albumine ; injection d'éther, de caféine et de sérum artificiel.

Le 30 janvier (7^e jour), délire actif, le malade cherche à se lever, cause bruyamment ou s'assoupit ; la face est livide, les yeux s'excavent, le nez s'effile, les extrémités cyanosées se refroidissent. De midi à 3 heures, le malade émet 300 grammes d'urine claire, albumineuse ; il reprend sens, dit se trouver mieux, la température accuse 39° sous l'aisselle, le pouls est imperceptible.

A 3 heures et demie, cyanose progressive et mort.

Nécropsie. — Sujet émacié, d'aspect chétif, peu de masses musculaires ; marbrures livides sur toute la surface du corps.

A l'ouverture du thorax, on constate dans la région précordiale, une adhérence étroite de la plèvre au feuillet fi-

breux externe du péricarde, sur une étendue de 6 centimètres environ ; la grande cavité pleurale est intacte, le poumon, simplement atteint de catarrhe bronchique. A droite, la symphyse des feuillets pariétaux et viscéraux de la plèvre est à peu près totale, sauf à la partie externe du sommet pulmonaire, ainsi qu'au niveau du tiers inférieur du lobe inférieur ; dans l'épaisseur des adhérences, on trouve toute une série de petits tubercules ayant les dimensions de gros grains de plomb ; les uns sont durs et fibreux ; d'autres crétacés ; en plusieurs points, les adhérences sont organisées et envahies par des vaisseaux ; ailleurs, on trouve des cordages durs et serrés tendus du poumon à la paroi ; la muqueuse des bronches est d'un rouge vif ; on ne trouve nulle part de lésions du parenchyme.

Au niveau de la bifurcation de la trachée, un peu en arrière de la bronche droite, se voient deux ganglions du volume d'une amande verte : leur corps présente une alternance de zones fibreuses de couleur ardoisée et de points osseux folliculaires.

Nulle part on ne constate de granulations récentes.

Sur le feuillet viscéral du péricarde, apparaissent quelques taches ecchymotiques d'un rouge vif ; on en voit d'analogues, au nombre de cinq à six, sur l'épicarde, au niveau de la partie moyenne et postérieure des ventricules. Rien de saillant à noter du côté du cœur. L'aorte présente, au niveau de la crosse, quelques plaques athéromateuses recoltées sur l'endartère ; les coronaires sont intactes.

La cavité abdominale montre un foie volumineux à la fois gras et congestif ; ça et là, on voit quelques taches blanches jaunâtres, indiquant une dégénérescence aiguë du parenchyme. La rate, un peu augmentée de volume (190 grammes) est de couleur lie de vin, molle et diffuente. Les reins ne présentent, au point de vue macroscopique, qu'une injection assez vive de la substance corticale, sans épaissement marqué de cette dernière.

L'intestin grêle a une coloration rose vif, visible par

transparence ; il est le siège d'une psonentérie marquée; presque tous les follicules clos font une légère saillie à la surface de la muqueuse.

L'hiatus de Winslow est libre, mais, en étalant les replis mésentériques, on trouve deux ganglions de la grosseur d'une aveline : l'un fibreux et ardoisé, l'autre fibro-caséeux.

OBSERVATION (TURNER) (1)

Tuberculose miliaire du poumon avec ganglions bronchiques caséux, suite de scarlatine avec une néphrite. Méningite tuberculeuse.

F., 21 ans. Antécédents héréditaires tuberculeux.

27 septembre 1883. Depuis 12 jours, scarlatine, vomissements. Dans les urines, albumine et sang.

Pas de fièvre, céphalée et vertige.

3 novembre. A l'ophtalmoscope : début de névrite optique ; on aperçoit des tubercules dans la choroïde.

6 novembre. Torpeur profonde. Coma.

19 novembre. Mort.

Pendant tout son séjour, amaigrissement. Jusqu'à la fin les urines ont contenu de l'albumine et du sang.

Autopsie. Infiltration tuberculeuse du poumon. A la partie supérieure du poumon droit, nodule caséux. Tubercules sous la plèvre.

Plusieurs gros ganglions trachéo-bronchiques ramollis.

Pas d'épanchement ni d'adhérences.

Au cerveau. Méningite basilaire avec distension des ventricules latéraux.

(1) TURNER, Miliary tuberculosis of the lung with caseous bronchial glands after scarlatina with nephritis; tubercular meningitis (*Tr. Path. Soc. London*, 1883).

Il s'agissait dans cette observation d'un réveil des masses ganglionnaires caséeuses intertrachéo-bronchique sous l'effet de la scarlatine.

OBSERVATION PERSONNELLE

Adénopathie trachéo-bronchique ; sommet pulmonaire suspect ; scarlatine.

A. V., garçon, âgé de 8 ans ; entre le 29 mars 1914, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. père mort à 31 ans, tuberculeux ; mère vivante, 26 ans, bien portante.

A. P. Né à terme, a marché à 9 mois, allaité au sein. Bronchite répétée à 2 ans ; il toussote un peu ; a eu de la furonculose à la figure, au cou et au dos.

27 mars. Malaise général, céphalée, fièvre ; anorexie ; pas de vomissements.

30 mars. Apparition de l'éruption par le cou, la poitrine, puis le thorax, l'abdomen, les jambes. Actuellement l'érythème est généralisé et suit un cours normal. Adénopathie légère. L'aspect général du malade est bon, mais il a une apparence d'anémique. A la gorge on voit des amygdales rouges hypertrophiées, de même que le voile du palais, les piliers et le cavum rétropharyngé. La muqueuse buccale est rouge diffuse. La langue est saburrale, desquammée et rouge à la pointe et sur les bords.

L'appareil circulatoire ne présente rien d'anormal ; la température est à 38°5. A partir du 18 avril, l'enfant a très fréquemment le soir une élévation de température. En même temps, l'adénopathie légère du début a augmenté un peu de volume avec empâtement périphérique.

23 avril. Le soir, la température est à 39°. Même état de l'adénite cervicale. Rien dans la gorge. Langue normale.

Adénopathie médiastine. Souffle hilair intense à gauche. Submatité du sommet gauche en avant et en arrière.

24 avril. Couronne de râles péri-hilaire. Bon état général. T. 38°2.

7 mai. La température est normale, 37-37°2 ; l'enfant sort conservant une adénopathie médiastine volumineuse.

OBSERVATION PERSONNELLE

Sommet gauche suspect de tuberculose ; adénopathie trachéo-bronchique ; scarlatine

R. M., fillette, âgée de 10 ans, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 27 mai 1913.

A. H. Père mort à 38 ans, cardiaque ; mère bien portante ayant eu 4 enfants ; l'un a eu des convulsions ; le deuxième mort de grippe ; elle, est la troisième, le dernier bien portant.

A. P. Née à terme, pesant 8 livres. Elevée au sein jusqu'à 14 mois, marche à 15 mois. Elle est sujette à la diarrhée.

A 4 ans. Elle a une bronchite qui dure 15 jours ; à sept ans et demi, elle a la rougeole, trois semaines après, la coqueluche.

24 mai 1913. Elle se réveille avec de la céphalée, se plaint de la gorge et vomit. On constate l'apparition d'une éruption sur la poitrine et dans le dos.

Le lendemain, l'éruption se généralise. A l'examen de la gorge, les amygdales sont grosses, un peu rouges. Le cavum rétropharyngé est rouge ; la langue est blanche au centre et rouge sur les bords. Présence de ganglions sous-maxillaire, inguinaux, axillaires. L'éruption est typique, d'intensité moyenne, généralisée, avec plaques ecchymotiques au niveau d'une ancienne cicatrice au genou gauche.

Examen du poumon : Sommet gauche suspect en arrière, submatité et vibrations augmentées. Légère adénopathie médiastinale gauche. Respiration soufflante, ronchus. L'en-

fant a une toux sèche. La température à son entrée est de 39°1.

Le 31 mai. T. 37°2. Elle reste normale jusqu'au 8 juin. Le 9 juin, 38°1 ; cet état fébrile se maintient jusqu'au 17 juin, où elle revient à la normale.

L'enfant part le 2 juillet avec un bon état général, pas de fièvre. A l'auscultation, expiration soufflante au niveau du hile du poumon : submatité.

OBSERVATION PERSONNELLE

Tuberculose et adénopathie trachéo-bronchique ; scarlatine

B. R., garçon, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Bouchut, le 25 mars 1920, parce qu'il tousse.

A. H. Mère rhumatisante, pas de fausse couche. Père bacillaire. Trois autres enfants. Un mort de méningite bacillaire. Les deux autres sont bien portants.

A. P. Né à terme. Elevé au biberon. Première dent à un an. Bronchite il y a un an, soignée aux Enfants-Malades.

Le 23 mars 1920. L'enfant aurait eu de la fièvre, il ne mangeait pas et vomit deux fois. Il est resté couché. Il s'est mis à tousser. Les jours suivants, l'enfant se serait amélioré, il n'a plus vomi et est redevenu plus gai.

Examen du 26 mars. L'ossification n'est pas parfaite. Ganglions aux aines. Respiration un peu rude dans la partie moyenne du poumon gauche. Impetigo. Bacillose. Le 29 mars 1920, on le passe de Bouchut à l'isolement, car l'enfant présente une brusque élévation de température et un début d'éruption.

Examen 30 mars. Eruption de scarlatine, surtout marquée aux membres inférieurs ; angine rouge, T. 37°6. Pouls, 120. Tension artérielle : Mx. 9 $\frac{1}{2}$, Mn. 4. Dans les

urines un très léger louche d'albumine. A l'auscultation : respiration rude à la région hilare, surtout à gauche. La température s'abaisse à la normale dans les jours suivants et l'enfant part guéri de sa scarlatine le 22 avril 1920.

Cachexie tuberculeuse et scarlatine

Chez les sujets déjà en état de cachexie d'origine bacillaire, l'apparition de la scarlatine ne peut que hâter le dénouement. Les trois observations rapportées par DE SAINT-PAUL dans sa thèse, sont instructives à cet égard ; la scarlatine ne fit qu'empirer un état déjà précaire et les 3 enfants succombèrent rapidement. La scarlatine est nettement cause de la mort dans ces trois cas. Il ne faut cependant pas comprendre d'une façon absolue qu'un enfant phthisique, sous l'effet de la scarlatine, doit succomber fatalement ; ce qui est le plus important, c'est l'état général de l'enfant et particulièrement son état de résistance, d'où dépendent le pronostic de la scarlatine. La tuberculose pulmonaire semble évoluer indépendamment de la scarlatine.

OBSERVATION XXII (DE SAINT-PAUL), p. 196

Scarlatine chez un enfant cachectique, probablement bacillaire

Enfant décédé le 23 juin, le 7^e jour après son entrée à l'hôpital.

A. R., âgé de 3 ans.

Résumé. — Sa mère est morte bacillaire. Elevé au sein par sa mère jusqu'à deux ans. Le père et un autre enfant de cinq ans sont bien portants. Il n'a pas eu de maladies aiguës jusqu'à présent ; mais c'est un enfant chétif, toujours souffrant, très sujet à la toux et à la diarrhée. Il entre à

l'hôpital parce que depuis quelques jours il tousse davantage, qu'il a de la diarrhée et qu'il maigrit. Du 17 au 20, la température est à la normale, 37° ; le 26, ascension thermique, 38°5 et éruption de scarlatine. On le passe de la salle Blache à la scarlatine. Il y a eu un cas tout récent à Blache. L'enfant actuel a été contaminé à Blache et la période d'incubation semble ici être de quatre jours.

Le 22 juin, au pavillon, nous constatons l'angine scarlatineuse simple et l'éruption bien nette. La température est comme la veille vers 38°5. Le 23 juin, la température monte à 39°2 et 40° (matin et soir).

L'enfant meurt ce jour, 23 juin.

OBSERVATION XXIV (DE SAINT-PAUL), p. 197

Scarlatine avec rougeole chez un enfant cachectique

Enfant décédé le 25 juin, à 4 heures du matin. Entré la veille.

F. N., âgé de 13 mois.

Résumé. — Père mort phthisique. Aucun renseignement affirmatif sur la mère à ce sujet. Il y a plusieurs fausses couches. Trois enfants en vie dont celui-ci. Il est né à terme, nourri au sein jusqu'à deux mois, puis au biberon. Il ne profite pas. Rachitique.

Il se plaint depuis le 21 juin. On a constaté l'éruption le 23. Cet enfant tousse. Il entre à l'hôpital le 24. Il a comme température 39°5. On constate à la figure une éruption de rougeole. Il meurt le 25 juin, à 4 heures du matin.

OBSERVATION XXV (DE SAINT-PAUL), p. 197

Scarlatine. Mort au milieu de phénomènes de cachexie, probablement de nature tuberculeuse.

Enfant décédé le 26 juin, à 6 heures du soir.

B. E., âgé de 7 ans.

Résumé. — Père bacillaire. La mère et deux autres enfants sont, dit-on, en bonne santé. Celui-ci est né à terme, élevé au biberon. Il a eu la coqueluche à trois mois et la varicelle à deux ans. Bronchite au sein.

Il est malade depuis un mois et a été soigné pour la rougeole (il est sorti de l'hôpital le 2 juin). Il est admis de nouveau le 24 juin. C'est un enfant ayant un état de faiblesse, d'amaigrissement et d'anémie prononcée et allant en s'accroissant. Depuis quelques jours, il a de la céphalée, de l'hématurie, des vomissements et la constipation qui est habituelle est encore plus marquée; l'enfant se plaint du ventre. Cet enfant tousse. Ajoutons qu'on a fait un diagnostic rétrospectif de scarlatine d'après la desquamation des mains. Température normale : 37°8, le 24 au soir, jour de son arrivée, et 37° le lendemain 25. On a prescrit des ventouses dans la région lombaire, des piqûres d'huile camphrée, de caféine et d'éther. Mais l'enfant meurt le 26 juin à 6 heures du soir.

De l'influence de la scarlatine sur la tuberculose autre que celle de l'appareil respiratoire

Ce n'est que fort rarement qu'on trouve noté la réaction de la scarlatine avec des lésions tuberculeuses chirurgicales ; en général, dans les observations que nous avons dépouillées à cet égard, on se contente de noter dans les antécédents du sujet, ou même dans son état présent, les manifestations d'une tuberculose sans chercher un rapport quelconque avec la fièvre éruptive.

DE SAINT-PAUL cite le cas d'un scarlatineux avec un abcès froid : l'abcès augmente subitement pendant la desquamation, au point qu'on a dû intervenir. L'auteur pense que la scarlatine a joué le rôle d'un coup de fouet ; cependant il est également possible d'admettre que l'abcès se soit infecté par un microbe banal et soit devenu mixte, d'où son évolution si rapide (abcès froid réchauffé).

Pour GÉRIN qui rapporte deux observations de lésions bacillaires fistulisées, la scarlatine provoque une poussée inflammatoire dans les foyers tuberculeux, amenant souvent la formation de nouvelles fistules.

Ce même auteur déclare, sans en rapporter malheureusement les observations, qu'il a eu l'occasion d'observer sur 525 enfants scarlatineux aux Enfants-Malades, 71 cas de lésions bacillaires : 3 mal de Pott, 2 coxalgies, 1 tumeur blanche et 5 abcès froids ; pour les trois malades du mal de Pott, sans abcès fistulisé, il n'y a eu au-

cun retentissement de même que pour une coxalgie sans fistules. Les autres cas présentèrent soit de la tuméfaction ou de la suppuration.

Nous rapportons également un cas personnel.

BEATTY (1), sur 550 cas de scarlatine, l'auteur cite sans détails un cas de *coxalgie* opéré deux jours avant son entrée à l'hôpital avec les symptômes de scarlatine.

Une *fillette de 14 ans*, avait un abcès du psoas et une tumeur blanche du genou ; elle avait subi une colectomie six semaines avant le début de la fièvre scarlatine.

Ces cas, ont eu que de légères atteintes et ont guéri sans complication ultérieure (p. 23).

OBSERVATION XIX (GÉRIN)

Tumeur blanche fistulisée. Scarlatine. Poussées inflammatoires dans le genou. Formation de fistules nouvelles. Aggravation de l'état antérieur.

R. P., 7 ans, entre le 15 janvier 1916. Depuis quatre mois, tumeur blanche du genou droit.

14 janvier. Eruption scarlatineuse ; angine, vomissements.

15 janvier. Scarlatine légère ; le genou est globuleux avec peau luisante, tendue, rougeâtre. On note une petite fistule d'où s'écoule un pus grumeleux, mal lié. Douleur à la pression du condyle externe du fémur.

17 janvier. Douleur de l'articulation malade. Appareil de Tillaux.

(1) BEATTY R. P., A study of the complications arising in 550 consecutive cases of scarlet fever treated at the Grove Hospital, Tooting, London (*The Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1901, vol. CXX III pp. 11-29).

18 janvier. Une otite se déclare.

22 janvier. Une deuxième fistule s'ouvre au genou, sup-
puration abondante, douleurs vives. La première fistule
constitue une véritable plaie dont les bords violacés, irrè-
guliers, sont décollés.

31 janvier. Empâtement du creux poplité.

5 février. Nouvelle fistule à la face postérieure de l'arti-
culation.

29 février. A sa sortie, le genou présente toujours un vi-
lain aspect et le membre inférieur droit est très œdématié.

Trois semaines après son départ, à la salle de chirurgie,
l'enfant est emmené mourant par ses parents.

Par contre, cet effet fistulisant de la scarlatine sur des
lésions tuberculeuses articulaires ne se retrouve pas dans
notre observation.

OBSERVATION PERSONNELLE

Arthrite bacillaire du genou ; Scarlatine

D. R., âgé de 9 ans, entre le 19 septembre 1916, à l'hô-
pital des Enfants-Malades.

Le père et la mère se portent bien ; une fillette de 7 ans
bien portante ; une fausse couche de trois mois.

A. P. Née à terme. Allaitée jusqu'à 14 mois. Coqueluche,
ictère bronchite.

A la suite d'une chute en avril 1916, l'enfant a fait une
arthrite du genou, soignée salle Archambault ; gouttière
plâtrée mise le 19-7-16.

Le 17 septembre, fièvre 38°5 ; il présente des signes de
scarlatine.

A la date du 20 septembre, l'enfant présente une forte
éruption et des traces de grattage. La gorge est rouge et

de grosses amygdales. Rien à l'auscultation. Evolution normale. La desquamation se fait le 24 septembre 1916.

L'enfant part guéri le 17 octobre 1916.

OBSERVATION PERSONNELLE

Abcès froids ; scarlatine

L. A., âgé de 4 ans, entre le 13 juillet 1914, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. Père très bien portant. Mère bien portante ; pas d'autres enfants ; pas de fausses couches.

A. P. Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à 22 mois.

Coqueluche à 3 ans. Pas de rougeole.

Depuis 4 mois, l'enfant a des « clous ». Ce sont des abcès froids multiples, qui ont été plusieurs fois ponctionnés.

Il y a 18 jours, elle a fait une éruption scarlatineuse qui a débuté par une jambe, qui est le siège de plaies nombreuses. Elle a été hospitalisée à Hérold, puis aux Enfants-Malades.

La scarlatine actuelle a débuté le 29 juin par la fièvre, du gonflement et de la rougeur de la jambe gauche.

Examen à l'entrée (13 juillet 1914). On se trouve en présence d'une scarlatine au 15^e jour. L'état général de la petite malade est bon ; les amygdales, les voiles et piliers et le cavum rétropharyngé présente une rougeur légère. On constate de nombreux abcès froids fistulisés.

Le 15 juillet 1914, desquamation ; à partir de cette date la température se maintient entre 37° le matin et 37°4 le soir jusqu'à sa sortie le 30 juillet 1914.

Malgré l'insuffisance de cette observation, il semble que les abcès primitivement non fistulisés, se sont mis à suppurer sous l'influence de la scarlatine.

L'observation de MILHIT et celle de DUNOYER semblent confirmer cette influence.

OBSERVATION (MILHIT) (1)

Une malade atteinte de scarlatine présente des ganglions bacillaires ; un seul d'entre eux est fistulisé ; on tente de le fermer au moyen de la pâte de Beck. Quelques jours plus tard, il se produit une réaction violente, un erysipèle se déclare et tous les ganglions se mettent à supurer.

OBSERVATION (DUNOYER) (2)

Jeune garçon de dix ans, atteint d'une tumeur blanche du coude gauche. Un abcès est incisé et à la suite une scarlatine se déclare ; rapidement il se forme plusieurs autres collections.

Dans cette observation, la scarlatine semble avoir provoqué une poussée inflammatoire dans une articulation déjà envahie par le bacille tuberculeux.

OBSERVATION PERSONNELLE

Abcès froids ; scarlatine

E. E., âgée de 13 ans. $\frac{1}{2}$, entre le 11 janvier 1918.

A. H. Le père et la mère se portent bien. Deux autres enfants se portent bien. Pas de fausses couches.

(1) MILHIT, in thèse, Gérin, 1916, p. 92.

(2) DUNOYER, *De l'influence des maladies antérieures sur les traumatismes*. Thèse de Paris, 1879.

A. P. Née à terme. Nourrie au biberon première dent au sixième mois, a marché à 17 mois.

Rougeole vers 8 ans ; coqueluche vers 10 ans, suivie de pleurésie. Depuis six mois, l'enfant est en traitement à la salle Lannelongue pour abcès froids qui ont été ponctionnés 7 fois. Fistules. On craint un mal de Pott.

Elle n'est pas réglée.

Le 6 janvier, elle présente de la fièvre et de la diarrhée et on constate la présence d'une scarlatine d'intensité moyenne. A sa terminaison, elle est ramenée salle Lannelongue où elle continue à présenter des oscillations de température entre 37°2 et 38°.

OBSERVATION PERSONNELLE

Abcès froids ; scarlatine.

V. H., âgée de 8 ans $\frac{1}{2}$, entre le 21 février 1917.

A. H. La mère se porte bien ; les 6 autres enfants bien portants. Pas de fausses couches.

A. P. Née à terme ; allaitée pendant 14 mois ; a marché vers 13 mois. A eu la rougeole. On constate la présence d'abcès froids sur les deux pieds en juillet 1916, pour lesquels elle est soignée à la salle Lannelongue ; c'est là qu'elle prend la scarlatine.

A l'examen (22 février 1917), on constate une scarlatine de moyenne intensité.

Elle évolue sans complications et l'enfant part guérie de sa scarlatine pour rentrer à la salle Lannelongue pour ses abcès froids.

Comme TROUSSEAU (1), GRAVES (2) et WEST (3), FISCHER (4) affirme que particulièrement les enfants scrofuloux ont des tendances au développement de bubons au cours de la fièvre scarlatine.

Le fait est exact, mais il s'agit alors non pas de suppurations tuberculeuses. Dans 3 cas de ce genre FISCHER a pu constater des bacilles tuberculeux.

Plus récemment, au cours d'une discussion, SCHICK (5) parlant de l'adénite postscarlatineuse déclare qu'il ne faut pas oublier que parfois au cours de la scarlatine il peut y avoir une tuméfaction glandulaire, sans que celle-ci puisse être rapportée ou être en relation avec le processus de la scarlatine.

Nous en rapportons quelques cas personnels.

GÉRIN a observé trois cas d'adénite bacillaire fistulisée, la scarlatine provoque une poussée inflammatoire peu importante ; l'examen du pus mit des streptocoques en évidence.

V. PIRQUET (6) rapporte une observation intéressante

(1) FISCHER, Der Halsbuto, besonders in Verlaufe der Scharlachs. (*Arch. f. Klin.*, 1899, t. 38, pp. 367-453).

(2) TROUSSEAU. *Clin. de l'Hôtel Dieu*, Paris, 1854.

— *Clin. Méd. Edit. VI*, Paris, 1882, t. I, p. 248.

— *Archives Génér. de Méd.*, 1829, 54 I.

(3) GRAVES R. J., *Leçons de clinique médicale*. (*Trad. Jaccond*, Paris, 1863).

(4) WEST, *Maladies des Enfants*, Paris.

(5) SCHICK, B., Die postskarlatinöse lymphadenitis (*Jahrb. f. Kinderh.*, 1905, t. 62, pp. 660-681).

(6) C. V. PIRQUET, Klinik der primären Scharlachsymptome (*Lehrbuch der Kinderheilkunde*, t. I, 2^e partie, p. 685, 1906, F. C. W. Vogel, Leipzig).

au cours d'une angine scarlatineuse avec lésions tuberculeuses des amygdales.

Dans certains cas d'angine scarlatine, dit qu'il y a une tendance à la nécrose qui serait provoquée soit par la syphilis ou la tuberculose à marche rapide.

OBSERVATION (PIRQUET)

L. V., garçon, 12 ans. Vient avec le diagnostic de scarlatine ; en plus de la desquamation et l'aspect cachectique des membres, l'enfant présente à l'inspection de sa gorge un enduit confluent jaunâtre sur des amygdales segmentées, dont les parties environnantes étaient anémiées. Le diagnostic fut fait grâce à la présence de tuméfactions glandulaires indolentes chroniques volumineuses du cou et la présence d'une phisie à marche rapide.

Ce diagnostic fut confirmé par la constatation de bacilles tuberculeux dans l'enduit. Le cas évolua vers la mort.

Nous rapportons des observations personnelles d'adénite cervicale, dont une compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique au cours de la scarlatine.

Adénite cervicale bacillaire ; adénopathie trachéo-bronchique ; scarlatine.

B. B., fillette, âgée de 12 ans, entre le 19 mai 1913, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. Mère bien portante et père bien portant. Plusieurs enfants : le premier mort de méningite, 2^e et 3^e morts à terme, le 4^e est pottique, le 5^e a une arthrite bacillaire du genou. Les autres enfants sont bien portants.

A. P. Née à terme, élevée au sein jusqu'au 12^e mois. Rou-

geole vers 1 an ; à 8 ans, l'enfant présente une adénite cervicale bacillaire pour laquelle elle a été soignée dans le service du Dr BROCKA, puis à BERCK, où elle resta dix mois; à ce moment, elle présentait un abcès au genou qui suppurait.

Le 16 mai 1913, mal à la gorge, difficulté de déglutition, malaise général, nausées.

Le 19 mai, à son entrée, éruption aux articulations et sur les membres. Etat général satisfaisant, les amygdales un peu grosses, peu douloureuses. Les voiles et les piliers sont rouges. Langue blanche au centre, rouge sur les bords. Ganglions sous-maxillaires, axillaires, inguinaux. La cuti-réaction est positive. La température au 19 mai est de 38°.

Le 21 mai T. = 37°2. T.A. = 11 $\frac{1}{2}$.

A l'auscultation, respiration soufflante et rude au sommet droit.

Adénopathie trachéo-bronchique. Pas d'albumine. Foie normal, rate normale.

La température reste normale jusqu'au 18 juin où elle monte et se maintient à 38°3 ; en même temps, suppuration des ganglions cervicaux.

Le 4 juillet 1913, l'enfant quitte l'hôpital avec un très bon état général. T. = 37°1.

Adénite cervicale tuberculeuse ; scarlatine

J. R., âgé de 11 ans $\frac{1}{2}$, entre le 19 mai 1914, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. Père bien portant ; mère bien portante ; deux autres enfants bien portants sont soignés actuellement pour la scarlatine ; deux autres enfants morts de bronchite.

A. P. L'enfant est né à terme, nourri au sein. Rougeole à 4 ans, oreillons à 5 ans. Diphtérie à 7 ans, pour laquelle il fut soigné 17 jours à l'hôpital. Depuis, l'enfant a souvent des accès de fièvre de cause inconnue.

Il présente une adénopathie cervicale existant depuis 2 ans.

La contagion est évidente, 1 frère et 1 sœur soignés à la maison pour la scarlatine.

18 mai. L'enfant est pris vers le soir de vomissements bilieux, de céphalée, de fièvre pendant toute la nuit.

19 mai. Mal de gorge et apparition d'une éruption sur tout le corps. On diagnostique la scarlatine.

À l'examen d'entrée : grosses amygdales rouges, avec enduit pultacé ; la muqueuse buccale est rouge ; la langue est rouge et dépouillée.

L'éruption est nette généralisée, mais d'intensité moyenne ; la température est à 38°, le pouls à 132 ; la tension artérielle est de 15 Mx. et de 7 Mn. L'enfant est abattue. Rien dans les urines.

Le 24 mai. Gros ganglion cervical droit.

Le 25 mai. L'éruption s'efface. Ulcération de l'amygdale droite.

Le 26 mai. Un peu d'albumine.

Le 28 mai. Desquamation légère surtout à la face.

4 juin. Sort guéri de la scarlatine.

Adénopathie cervicale tuberculeuse et scarlatine

G. E., âgé de 6 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 25 mai 1914.

A. H. Père 28 ans, bien portant. Mère, 27 ans, bien portante. Un autre enfant de 5 ans, bien portant.

A. P. Né à terme, pesant 6 livres, nourri au sein pendant 12 mois. Opéré de végétations adénoïdes à 1 an. Broncho-pneumonie à 1 an $\frac{1}{2}$ et coqueluche. Il y a environ deux mois, a eu la coqueluche qui a duré trois semaines. Adénopathie cervicale depuis 4 mois.

Le 23 mai, a eu un début par des vomissements alimentaires, des douleurs abdominales.

Le 24 mai. Mal de gorge. T. 37°5 le soir.

Le 25 mai, date de l'entrée, l'enfant avait 38°7, son visage était rouge, boursoufflé, il présentait quelques éléments éruptifs sur les bras. On diagnostique la scarlatine.

A l'examen de la gorge, grosses amygdales rouges, de même que le voile et les piliers qui sont rouges et hypertrophiés. La muqueuse buccale est rouge et un peu tuméfiée. La langue est saburale, rouge à la pointe et sur les bords. L'oreille gauche coule depuis le 24 mai, l'enfant n'en souffrant pas. L'éruption est d'intensité moyenne, généralisée à tout le corps, un peu plus marquée aux cuisses, peau à peine rouge.

L'enfant est un peu abattu ; cœur normal à part un peu de tachycardie ; le pouls est à 120, la pression artérielle Mx. 12, Mn. 7. Rien dans les urines.

Le 29 mai. L'éruption s'efface.

30 mai. L'adénopathie gauche est toujours volumineuse mais n'augmente pas.

14 mai. Sortie du malade.

Adénite suppurée de l'aine gauche ; scarlatine

D. R., fillette, 9 ans. Entre le 20 avril 1918, à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. La mère a été opérée pour une otite ; on lui a enlevé le marteau et l'enclume. Le père a été tué à la guerre. Un autre enfant se porte bien. Une fausse couche de six semaines.

A. P. Née à terme, allaitée jusqu'au 6^e mois ; 1^{re} dent vers 7 mois, a marché à 15 mois. Rougeole à 5 ans.

Entre le 15 mars, salle Lannelongue, pour une adénite suppurée à l'aine gauche.

Le 20 avril, elle présente des signes de scarlatine qui évolue normalement sans complications ; elle part guérie de la scarlatine le 20 mai.

Adénite bacillaire ; scarlatine

P. V., âgée de 3 ans $\frac{1}{2}$; entre le 19-7-16.

A. H. Père 38 ans, bien portant. Mère 39 ans, nerveuse, ayant eu deux grossesses.

A. P. Née à terme. Elevée au biberon, marche à 10 mois. Présente des adénites bacillaires. Rougeole terminée le 21 juin 1916.

Début actuel : Douleurs dans le dos. Pas d'angine, ni de vomissements. Pas de diarrhée, ni de constipation.

L'éruption scarlatiniforme se présente le 19-7-16. La température après avoir atteint 38°2 s'abaisse à la normale pendant douze jours pour remonter brusquement à 40° et finalement atteindre 41°2.

6 août 1916. Mort de l'enfant.

Comme nous l'avons déjà noté, GÉRIN rapporte trois cas de coxalgie non fistulisé qui n'ont eu aucun retentissement par suite de la scarlatine.

A ces trois cas, nous pouvons ajouter nos deux observations qui toutes deux présentent une aggravation de leur état. Pour l'un, il se fit une augmentation tuberculeuse qui emporta rapidement le petit malade ; pour l'autre, après que la scarlatine eût disparu, la fièvre persista avec une température toujours élevée.

Mal de Pott ; scarlatine ; méningite ; granulie

S. T., garçon, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 13 mars 1920.

A. H. Père bien portant. La mère a eu une pleurésie, étant enfant. Ni frère, ni sœur.

A. P. Mal de Pott qui a débuté vers 2 ans $\frac{1}{2}$. Rougeole à 3 ans. Varicelle à 15 mois. Tousseur.

13 mars. Eruption scarlatineuse. T. = 38°3. Pouls 120. Urine = albumine = 0.

15 mars. Tension artérielle : 10 Mx. et 4 $\frac{1}{2}$ Mn.

22 mars. Ponction lombaire : liquide clair fortement albumineux. Lymphocytose nette. Méningite nette.

23 mars. Crampe du pied.

24 mars. Mort de l'enfant.

Autopsie. 25 mars. Lésions de granulie généralisée ; granulie méningée. Epanchement clair sous-arachnoïdien.

Mal de Pott ; scarlatine

P. R., fillette, 3 ans, entre à l'hôpital des Enfants Malades, le 26 février 1918.

A. H. Père tué à la guerre. Mère bien portante ; enfant unique.

A. P. Née à terme, nourrie au biberon, méningite à 3 mois, rougeole vers 1 an, conjonctivite.

Le 27 janvier 1917 elle a été admise dans le service de M. Kimisson pour un mal de Pott. Corset plâtré pendant huit mois. Absès par congestion soigné à l'annexe de la rue de Vannes. C'est là qu'elle contracte la scarlatine : celle-ci est d'intensité moyenne ; alors qu'elle est guérie, la fièvre continue à se maintenir autour de 38°.

Néphrite (bacillaire ?) ; scarlatine

V. H. G., garçon, âgé de 4 ans $\frac{1}{2}$, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, 22 mai 1916.

A. H. Père 37 ans, mère 30 ans, tous deux bien portants. La mère a eu cinq grossesses, un enfant mort.

A. P. Né à terme, élevé au sein, 1^{re} dent à 4 mois $\frac{1}{2}$. Rougeole à 9 mois, coqueluche depuis 3 mois.

7 mai. « Boutons » confluent sur tout le corps, ayant débutés par le ventre. A ce moment, douleur dans le ventre, diarrhée, vomissements, angine. Les urines sont « noires » depuis le 17 avril. Pas d'analyse avant l'entrée à l'hôpital. L'enfant a continué à se nourrir comme ses parents.

Actuellement : enfant bouffi, urines peu abondantes, sanguinolentes, œdème, rien au cou.

Au cœur : pas de bruit de galop. Grâce au régime, l'anasarque diminuée, mais les urines sont sanguinolentes.

22 juin. Traces de rachitisme. Gros crâne. Les sutures se détachent en saillie. Desquamation. Pas d'œdème. Traces d'albumine et de sang dans les urines.

A la date du 10 août, date de sortie, la température se maintient toujours subfébrile (entre 37°2 et 37°8).

Cette observation est notée comme néphrite bacillaire parmi les documents que nous avons consultés ; comme à la lecture de l'observation on ne trouve pas de preuves suffisantes, nous nous permettrons de la considérer comme suspect de bacillose sans pouvoir l'affirmer avec certitude.

En résumé, si nous considérons toutes les observations françaises ou personnelles que nous avons consultées, nous trouvons une fréquence relative de lésions tuberculeuses en rapport avec la scarlatine.

En nous rapportant aux différentes statistiques, nous trouvons :

SANNÉ, sur 86 scarlatines : 7 tuberculoses.

ROCHELY, sur 1.369 scarlatines : 11 tuberculoses.

SIMONIN, sur 428 scarlatines : 5 tuberculoses.

TEISSIER et DUVOIR, sur 2.500 scarlatines : 2 tuberculoses.

Au point de vue de l'influence de la scarlatine sur les lésions tuberculeuses, nous ne pouvons que confirmer les conceptions des derniers auteurs et notamment de notre maître, le professeur HUTINEL, en général la tuberculose évolue indépendamment de la scarlatine et reste indifférente par rapport à elle ; cependant, il y a également des cas où la scarlatine joue le rôle d'un coup de fouet et donne parfois lieu à une généralisation des lésions.

Nous avons cherché à voir quelle était la cuti-réaction dans ces cas suspects ou confirmés de tuberculose ; malheureusement les documents qui la relate sont rares et ne donnent aucune interprétation : La seule chose qu'on pût dire que dans les observations où elle a été notée, elle s'est toujours montrée positive.

Schéma comparatif des complications respiratoires et de la tuberculose dans les autres fièvres éruptives.

Contrairement à la scarlatine où les complications respiratoires sont relativement rares et forment en général une complication exceptionnelle à peine notée dans les ouvrages classiques, ces complications sont les plus graves et les plus fréquentes dans la rougeole.

Le catarrhe bronchique existe déjà normalement dans la rougeole et il faut des circonstances favorisantes bien faibles pour que cet état se complique de broncho-pneumonie ou de pneumonie.

La broncho-pneumonie est fréquente et grave dans la rougeole ; elle est aiguë ou subaiguë, presque toujours composée de foyers disséminés. Le pronostic est plus mauvais et souvent fatal, quand cette complication apparaît au début de l'affection avant même que l'éruption ait pu se manifester ; à la période d'éruption, quoique moins défavorable, la gravité de la broncho-pneumonie est toujours considérable, pendant le déclin, le pronostic s'améliore, sauf si le malade est cachectique.

Dans quelques cas très rares, la pneumonie fibrineuse peut compliquer la rougeole.

Les complications pulmonaires peuvent apparaître même un certain temps après la disparition de l'éruption.

Par contre, les pleurésies primitives sont rares dans la

rougeole ; presque toujours elles sont associées soit à la broncho-pneumonie, soit à la pneumonie. Il semble que la séreuse pleurale n'est atteinte qu'à la suite d'une première affection de l'appareil pulmonaire.

La laryngite n'est pas une exception et a été observée à maintes reprises, avec ou sans accès de faux croup. Les laryngites ulcéreuses apparaissent généralement à la période de déclin de l'éruption : elles se manifestent par des modifications de la voix. Cette complication guérit d'habitude ; la mort est due en général à d'autres causes associées avec la laryngite.

Notons encore l'adénite péri-bronchique qui est souvent tuberculeuse.

Dans un travail analogue à celui que nous avons essayé de traiter avec la scarlatine dans ses rapports avec la tuberculose, GRÈZE (1) étudie ces relations avec la rougeole. Comme ce sujet dépasserait le cadre de notre thèse, nous pensons qu'il suffira d'en rapporter quelques conclusions de cet auteur :

La fréquence de la tuberculose à la suite de la rougeole a été signalée par de nombreux auteurs, contrairement à la scarlatine.

Comme nous l'avons vu dans certains cas de scarlatine ou de foyer de tuberculose latente ont été réveillés par l'infection surapritée, la rougeole agit en coup de

(1) GRÈZE A., *Des rapports de la rougeole avec la tuberculose*. Thèse, Paris, 1903.

fouet, favorisant le réveil d'un foyer bacillaire, donnant lieu à une granulie mortelle.

Comme dans tous les cas d'infection associée, la rougeole se produisant au cours d'une tuberculose en évolution, précipite la marche de cette tuberculose.

La rougeole favorise l'apparition de la tuberculose en préparant un terrain favorable à son développement, c'est-à-dire en lésant la muqueuse bronchique et en diminuant la résistance de l'organisme, vis-à-vis du bacille tuberculeux.

Inversement, l'influence de la tuberculose sur la rougeole s'exerce en raccourcissant en général la période d'invasion et d'éruption qui est moins nette ; cette influence s'exerce dans la première enfance, tandis que dans la deuxième enfance, la tuberculose ne semble pas modifier l'évolution habituelle de la rougeole.

En plus de cet auteur, des cas de tuberculose disséminés ont été rapportés par DU CASTEL (1), MOORE (2), GAUCHER (3) rapporte un cas de tuberculose papuleuse consécutive à la rougeole.

Si les complications respiratoires de la rougeole sont très fréquentes et constituent le plus souvent la princi-

(1) DU CASTEL, Tuberculose disséminée, développée à la suite d'une rougeole, (*Bull. Soc. Franç. de dermat. et syph.*, Paris, 1901, XII, p. 57).

(2) MOORE, J., Acute general tuberculosis with left oculo motor paralysis, after measles, (Dublin, *J. M. Sc.*, 1916).

(3) GAUCHER et DRUELLE, Tuberculose cutanée papuleuse consécutive à la rougeole. (*J. des mal. cut. et syph.*, Paris, 1909, XVI, 106-108).

pale complication, dans les varicelles par contre, on a rarement noté ces complications et BOUCHERON (1) qui en rapporte quelques cas déclare qu'il n'a pu les rassembler que fort difficilement, les matériaux étant à peu près inexistantes.

Comme pour la scarlatine, les complications laryngées n'ont pas été signalées dans la varicelle par les auteurs classiques; le premier qui les signala est LORI (2) qui, au cours d'un travail sur les déterminations laryngées des maladies infectieuses, parle de pustules rencontrées sur la muqueuse laryngée au cours de la varicelle.

MARFAN et HALLE (3) signalent également la varicelle du larynx avec des phénomènes suffocants.

En général, les cas de bronchites manifestés au cours de la varicelle n'ont pas retenu l'attention des auteurs, qui surtout ont vu là-dedans beaucoup plus une coïncidence que l'effet de la varicelle. RONDOT rapporte une observation de bronchite apparue en même temps que l'angine varicelleuse et VALIN qui, sur 80 observations signale un cas de bronchite.

On a que de rares observations de broncho-pneumonies au cours de la varicelle qui cependant doivent être

(1) BOUCHERON, *Complications respiratoires de la varicelle*. (Jahrb. f. Kinderh., 1883, p. 16).

(2) LORI Ed., Die krankhafte Veränderungen des Rachens, der Kehlkopfs und der Luftröhre bei limigen Infektionskrankheiten.

(3) MARFAN et HALLE, La varicelle du larynx; La laryngite suffocante varicelleuse, (Rev. mens. des malad. de l'enf., Paris, 1896, XIV, 1-8).

plus fréquentes qu'on ne le croit ; leur pronostic est des plus sombres (HOGYES (1), SEMTSCHENKO (2)).

La pleurésie serait, par contre, d'après RILLE (3) la complication la plus fréquente après la néphrite de la varicelle ; par contre SEMTSCHENKO qui en rapporte deux cas, les considère comme très rares.

Les différents ouvrages que nous avons consultés ne parlent pas des rapports possibles qui pourraient exister entre la tuberculose et la varicelle. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de scrofulo-tuberculose cutanée rapportée par FEULARD (4) et qui paraissait avoir succédé à une varicelle chez une fillette de 6 ans et qui guérit. Par contre, chez la sœur de la fillette, âgée de 11 mois, l'infection tuberculeuse a été viscérale et elle succomba rapidement. Le père était tuberculeux. Il a été constaté également par divers auteurs, chez l'enfant, des tuberculoses se développer aussitôt après la varicelle.

Dans le travail d'AUCHÉ (5) nous lisons que les complications respiratoires de la variole sont fréquentes et peuvent se manifester sur les différentes parties de l'appareil respiratoire. Le larynx est toujours ou presque toujours intéressé ; sans gravité à la période d'invasion (la-

(1) HOGYES, *Jahrb. f. Kind.*, t. XXIII, f. 3, 1885.

(2) SEMTSCHENKO, *Roussky Wratch.*, 1885, N° 5.

(3) RILLE, *Wien. Klin. Woch.*, 1889, N° 38 et 39.

(4) FEULARD, Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle,
1° *Bull. Soc. Franç. de dermat. et syph.*, Paris, 1896, VII, 180.
2° *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1896, 3° VII, 762.

(5) AUCHÉ, Variole. (*Traité de Médecine*, t. II, fièvres éruptives, Paris 1905).

ryngite catarrhale) il peut donner à la phase d'éruption et surtout à la phase de suppuration des accidents mortels (œdème glottique) accumulation de mucosités épaisses et adhérentes, productions pseudo-membraneuses, etc.

La bronchite est constatée, elle fait en somme partie de la variole et ne constitue pas une complication.

La broncho-pneumonie est la complication la plus fréquente et la plus grave (JOFFROY (1), BREYNAERT (2) ;

40-50 % des cas ; 32 % chez l'enfant (AUCHÉ (3)). Elle peut affecter toutes les formes et se manifeste en général à la période de suppuration du sixième au dixième jour. Le pronostic est presque toujours fatal (4 guérisons sur 30 malades, BREYNAERT).

La pneumonie lobaire est rare ; elle est même mise en doute par AUCHÉ et BREYNAERT ; cependant, A. BRUNEAU (4) rapporte deux cas typiques avec constatations nécropsiques.

Parmi les fièvres éruptives, la variole est une de celles qui préparent le mieux le terrain à l'infection tuberculeuse, même à des échéances très éloignées. Déjà PETER (5) avait signalé la variole parmi les causes prédis-

(1) JOFFROY, *Bull. Soc. anat.*, 1880. *Arch. de phys.* 1880.

(2) BREYNAERT, *Complications pulmonaires et broncho-pulmonaires de la variole*. Thèse, Paris, 1880.

(3) AUCHÉ, Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de la broncho-pneumonie variolique. (*Arch. Clin. de Bordeaux*, déc. 1893, janv. 1894).

(4) BRUNEAU A., Pneumonie lobaire au cours de la variole. (*Marseille Médical*, 1902, t. 39 p. 702).

(5) PETER, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 89.

posantes de la tuberculose, particulièrement au cours de convalescence de certaines variolés sévères.

En ce qui concerne les tuberculoses tardives LAUDOJY (1) fut le premier à montrer la prédisposition tuberculeuse des anciens varioleux.

LOF (2) a également eu l'occasion de constater à Marseille la facilité des anciens varioleux à contracter la tuberculose.

Il est intéressant à cet égard de rapporter la statistique de LANDOUZY (3) portant sur 300 malades variolisés : sur ce nombre, 11, c'est-à-dire 3 % seulement, n'étaient pas tuberculeux.

D'après CHAUVAIN (4) le développement de la tuberculose est en général séparé de plusieurs années ; sur 23 observations qu'il a rassemblées, il a noté une moyenne de 22 ans $\frac{1}{2}$ d'intervalle entre la variole et les premières manifestations de la tuberculose. D'habitude, ce sont des lésions pulmonaires qui dominent ; dans une petite minorité la tuberculose peut uniquement s'attaquer aux articulations, ou se présenter cutanée ou pleuro-péritonéale.

(1) LAUDOJY, Congrès de la Tuberculose, 1888.

(2) LOF P. A., *Tuberculose et Variole*, Paris, 1899, 28-44.

(3) LANDOUZY, Sur un travail de M. le D^r Löff intitulé : *Tuberculose et variole*. (*Bull. Acad. Méd.*, Paris, 1898, 30, VI, p. 132).

(4) CHAUVAIN, *De la tuberculose chez les variolés*. Thèse, Paris, 1897.

CONCLUSIONS

1° Contrairement à l'opinion des classiques, il peut y avoir au cours de la scarlatine des complications du côté des voies respiratoires, aussi bien pour les voies aériennes supérieures que les poumons et les plèvres.

2° Il n'y a pas d'antagonisme entre la tuberculose et la scarlatine.

3° En général, la tuberculose et la scarlatine évoluent indépendamment l'une de l'autre, sans s'influencer. Cependant, il peut y avoir un réveil des lésions tuberculeuses, quand il y a présence d'une scarlatine maligne ; quand le tuberculeux se trouve à un stade avancé, une scarlatine même bénigne peut provoquer une généralisation de la tuberculose.

4° Les lésions bacillaires (autres que celles des voies respiratoires), les abcès froids fistulisés réagissent comme les autres plaies non tuberculeuses par une réaction inflammatoire et de la suppuration ; dans certains cas il y a formation de nouvelles fistules.

5° Dans les autres fièvres éruptives, par contre, les complications respiratoires sont très fréquentes (rou-

geole, variole) plus rares dans la varicelle ; la tuberculose associée à la rougeole est une complication redoutable et qui n'est pas rare ; la variole crée un terrain favorable à la tuberculose ; l'influence de la varicelle dans la tuberculose a été rarement constatée.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu : *Le Président de Thèse,*
NOBECOURT.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

— — — — —

BIBLIOGRAPHIE

- ACKER. — *Amer. Journ. of Obst.* New-York, 1896, XXIV (discussion), p. 122.
- ADAM. — *Glasgow, med. J. L.* 1880.
- ADAMS S.S. — Scarlatina anginosa complicated by croup pneumonia (*Amer. J. Obst. N.-Y.*, 1896, XXXIII, 117-122).
- AITKEN. — One case of empyema complicating post scarlatinal nephritis (*Med. Press and circular*, London, 1884, p. 397).
- APERT, E. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895 (*Bull. et Mém., Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mai 1896, p. 424-441).
- ARLOING ET NICOLAS. — De l'influence d'une infection streptococcique antérieure sur les suites de l'inoculation tuberculeuse chez le lapin (*Lyon Médical*, 1898, LXXXIX, 515).
- BABEAU, J. — *Les érythèmes chez les tuberculeux* (Thèse, Montpellier, 1905).

BAGINSKY, A. — Ein Beitrag zu den sekundären Infektionem der Kinder (*Arch. f. Kinderh.*, Stuttgart, 1900, XXVIII, 1-24).

BEATTY, R. P. — A Study of the complication arising in 550 consecutive cases of scarlet fever treated at the Grove Hospital, Tooting, London, S. W. (*The Dublin, Journ. of Med. Sc.* 1907, v. CXXIII, pp. 11-24).

BARASCH, H. — Zehn, Jahre Scharlachstatistik (*Deutsch, med. Woch.*, 1915, n° 1, p. 4).

BARBIER. — *Traité pratique des maladies de l'enfance* (2° éd., Paris, Masson, 1845).

BLACHER, W.-R. — Zur Pathologie der scarlatinösen Adenitiden (*Allg. Wien, med. Ztg.*, 1908, LII, 417 ; 427 ; 437 ; 449).

BERTRAND. — *Contribution à l'étude de la scarlatine chez le soldat* (Thèse Nancy, 1894).

BRELET. — Le cœur et l'appareil respiratoire dans la scarlatine (*Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1919, XCH, 41-43).

BRISOT. — *Relation d'une épidémie de scarlatine à l'hôpital Sainte-Eugénie* (Thèse, Paris, 1875, p. 23).

BAUR, F.-L. — *Etude sur la scarlatine clinique ; thérapeutique ; épidémiologie* (Thèse, Lyon, 1908, 43 p., 8°).

BARTHÉLÉMY. — *De l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infectieuses* (Thèse, Paris, 1900).

COMBY. — La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896
(*Bull. et mém., Soc. méd. des hôp.*, Paris,
1897).

COURTOIS-SUFFIT. — *Les pleurésies purulentes* (Thèse,
Paris, 1891, p. 112 et 202).

DEVIC, E. ET GARDÈRE, C. — Erythème scarlatiniforme
récidivant chez un tuberculeux ; mort au cours
de la dernière poussée avec gangrène du mem-
bre inférieur gauche par thrombose de l'artère
fémorale (*Revue de Médecine*, Paris, 1911,
XXXI, 265-280).

DAMAIN. — *Etude sur la malignité des infections secon-
daires dans la scarlatine* (Thèse, Paris, 1894).

DUNOYER. — *De l'influence des maladies antérieures
sur le traumatisme* (Thèse, Paris, 1879).

EASBY, W. On a case of empyema following scarlatina
(*Annal rep. trans. S. Durham et Cleveland, M.
Soc.*, Darlington, 1875, 6, III, 49-51).

EVANS, M.-H. — Light from another angle regarding the
analysis of thirty two thousand cases of scarlet
fever (*Med. Rec.*, N.-S., 1911, LXXIX, 309).

FUHRBINGER. — « Scharlach » *Eulenburgs Realencyclo-
pedie dergesamten Heilkunde*, t. II, 1889.

FISCHER, H. — Der Habsbubo, besonders im Veraufe der
Scharlach (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1899, LVIII,
367-453).

FINKELSTEIN. — *Remarques sur les pleurésies purulen-
tes de l'enfance et statistique* (Thèse Paris, 1890).

- GOUGET. — La scarlatine (enfants) à l'hôpital Claude-Bernard, en 1908 (*Revue de Médecine*, Paris, 1910, p. 1).
- GIRARD. — *Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine* (Thèse, Paris, 1900, p. 86).
- GIOSEFFI, M. — Praetrachealer Abszess im emem Scharlachs Falle (*Allg. Wien, med. Ztg.*, 1908, LII, 374).
- GIOSEFFI, M. — Complicazioni laringee nelle malattie infettive con speciale riflesso alla scarlatina (*Riv. di clin. pediatr.*, Firenze, 1909).
- GÉRIN. — *De l'influence de la scarlatine sur quelques états antérieurs* (Thèse, Paris, 1916).
- GUILLEMANT. — *Epidémie de la scarlatine à Bresse* (Thèse, Paris, 1833).
- HENOCH. — *Vorlesungen über Kinderkrankheiten*, 1881, Paris, Savy, 1885.
- HUTINEL. — *Traité des maladies des enfants*.
— Les pleurésies scarlatineuses (*Bull. méd.*, Paris, 1916, XXX, 89 ; 101).
- HUTINEL. — Scarlatinal pleuritis (*Prakt. Vrach. Petrogr.*, 1916 XV 89 ; 103 ; 115 ; 127).
— Scarlatine et appareil respiratoire (*Bull. méd.*, 1914).
— Pneumo-Scarlatine (*Arch. des Mal. des Enfants*, 1916).

HUTINEL. — Scarlatine maligne et syndrome malin dans les maladies infectieuses (*Arch. de méd. des enfants*, Paris, 1915, XVIII, 61-88).

— *Pleurésies scarlatineuses*, Paris, 1916 (R. Tancrède, 24 p., in-8°).

HÖHU, J. — Über eine ungewöhnliche Komplikation von Scharlach, (*Wien, Klin. Rundschau*, 1917, n° 15/16).

KRAMER, P.-H. — Mitteilungen über Scharlachs (*Nedel. Tijdschr. voor Geneeskunde*, 1913, t. II, p. 729).

KLOSE. — in Hutinel. (*Bullet. méd.*, 1914, p. 727).

KRONENBERG, E. — Über einige Erscheinungen bei wahren Scharlach, speciell in dem oberen Luftwegen (*Wien, Klin. Rundschau*, 1900).

KRAUTLER. — Ueber die Beziehung der Streptokokken virulenz zum septischen Fieber Phthisischer (*Med. Cor. Bl. d. württemb. ärztl. Ver.*, Stuttgart, 1897, LXVIII, 153-158).

LEBAILLY, L. — *Contribution à l'étude du bubon scarlatineux* (Thèse, Paris, 1902).

LEMOINE, G. — Scarlatine apyrétique chez une tuberculeuse (*Nord, méd. Lille*, 1896, II, 65-67).

— (*Rev. prat. de trav. de méd.*, Paris, 1896, LIII, 185).

LESAGE, A.-A. — *La Scarlatine*, Paris 1912, Masson et C^{ie}

— *La Scarlatine* (*Rev. de thérap. méd. chir.*, Paris, 1912, LXIV, 181-194).

MC. NORROW, F. — Predisposition of children to lung complication as a result of whooping-cough, scarlet fever or measles (*New-York, M. J.*, 1895, LXI, 788).

MARFAN. — *Traité des Maladies de l'enfance*, t. I, p. 776.

MARFAN ET APPERT. — *Bull. et mém., Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1896.

MILHIT ET VASSEUR. — Scarlatine et erysipèle (*Progrès Médical*, 1909).

NAVARRE. — *La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades* (Thèse, Paris, 1900).

NOBÉCOURT, P. ET VOISIN, R. — Ponctions lombaires dans les infections broncho-pneumoniques des enfants (*Bull. Soc. de Pédiatr.*, Paris, 17 mars 1903, p. 102).

PARSONS, L.-D. — Scarlet fever followed by pleurisy in phtisical patient (*Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 762).

POMMIER, G. — *Considérations sur une épidémie de scarlatine en particulier au point de vue de la toux et de quelques phénomènes respiratoires* (Thèse, Montpellier, 1902).

PORAK. — *Soc. de Pédiatrie*, 10 déc. 1902, Paris.

V. PIRQUET, C. — *Klinik der primären Scharlach symptom. Lehrbuch der Kinderheilkunde* (t. I, 2^e partie, p. 685, 1905, F. C. W. Vogel, Leipzig).

- POSPILCHILL. — *D. und. Weiss. F. Ueber Scharlach*. Berlin, 1911, Ed. Raiger, S.
- PRADELLE, J. — *Les broncho-pneumonies scarlatineuses* (Thèse de Lyon, 1905).
- RIBADEAU-DUMAS ET HARVIC. — *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 janvier 1912, p. 28.
- RILLIET ET BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Paris, éd. 1853 et 1861.
- ROCHELY (DE). — *Neuf années de scarlatine à l'hôpital de la Charité, 1891-1900* (Thèse de Lyon, 1900).
- ROGER. — *Les maladies infectieuses*, Paris, 1902, t. II, pp. 1001-1415.
- *Etude clinique sur quelques maladies infectieuses* (*Rev. de méd. de Paris*, avril 1900, p. 314).
- ROGERY, L. — *Contribution à l'étude des pleurésies dans la scarlatine* (Thèse, Paris, 1918).
- SANNÉ. — « Scarlatine » (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).
- SAINT-PAUL (DE). — *Etude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant l'année 1903* (Thèse, Paris, 1905).
- SCHICK, B. — *Nachkrankheiten und Therapie der Scharlach*. Lehrbuch der Kinderheilkunde (t. I, 2^e partie, p. 693, 1906, C. W. Vogel, 1906, Leipzig).
- SIMONIN. — *Pleurésies suppurées au décours de la scarlatine chez l'adulte* (*Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1909).

— Les rapports de la scarlatine et de la tuberculose
(*Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*,
1902).

STEINHARDT. — Zur Prophylaxie der Lymphdrüsen anschwellungen bei Hautausschläge in Kinderalter (*Cent. f. Kinderh.*, Leipzig, 1897, II. 73-75).

SCHAMBERG, J.-E. — A clinital study of the lymphatic glands in one hundreed cases of scarlet fever (*Ann. Gynec. and Pediatr.*, Boston, 1899-1900, 191-196, Discussion : 212-216).

TEISSIÉR ET DUVOIR, M. — Pleurésiès au cours de la scarlatine chez l'adulte (*Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1909, 3 s., XXVI, 547-557).

THIRÉON. — Adenopathie post scarlatineuse *Pediatric pratique*, Lille, 1906, IV, 187).

TOUPANCE. — *Complications respiratoires de la scarlatine* (Thèse, Paris, 1915).

TURVER. — Miliary tuberculosis of the lung with caseous bronchial glands after scarlatina with nephritis ; tubercular meningitis (*Tr. Path. Soc.*, London, 1883).

WATTEAU, L. — *Contribution à l'étude de l'influence des affections à streptocoques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire* (Thèse, Paris, 1894).

BIBLIOGRAPHIE

des Complications respiratoires avec les autres Fièvres éruptives.

AUCHÉ, B. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et pathogénique de la broncho-pneumonie variolique (*Ann. clin. de Bordeaux*, 1893, II, 561 ; 1894, III, 23).

BOUCHERON, L. — *Etude sur les complications respiratoires de la varicelle et relation d'un cas de varicelle du larynx* (Thèse, Paris, 1893).

BRUNEAU, A. — Pneumonie lobaire au cours de la variole (*Marseille Méd.*, 1902, XXXIX, 702-707).

CHAUVAIN, E. — *De la tuberculose chez les variolisés* (Thèse, Paris, 1897).

DU CASTEL. — Tuberculose disséminée développée à la suite d'une rougeole (*Bull. Soc. franç. de dermat.*, Paris, 1909, XVI, 106-108).

FEULARD, H. — Scrofulo-tuberculose cutanée consécutive à la varicelle (1° *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, Paris, 1896, VII, 180 ; 2° *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1896, 3 s. VII, 762).

GAUCHER ET DRUELLE. — Tuberculose cutanée papuleuse consécutive à la rougeole (*J. de mal. cut. et syph.*, Paris, 1901, XII, 157).

GRÈZE, A. — *Des rapports de la rougeole avec la tuberculose* (Thèse, Paris, 1903).

HERVIEUX. — Variole et tuberculose (*Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1899, 3 s, XLI, 452-457).

LANDOUZY, L. — Sur un travail de M. le D^r Lop intitulé : « Tuberculose et variole » (*Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1898, 3 s, XL, 132).

LOP, P. A. — Tuberculose et variole (*Rev. de la tuberculose*, Paris, 1899, 28, 44).

MARFAN ET HALLÉ, J. — La varicelle du larynx ; la laryngite suffocante varicelleuse (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, Paris, 1896, XIV, 1-8).

MOORE, J. — Acute general tuberculosis with left oculomotor paralysis, after measles (*Dublin, J. M., Sc.*, 1916).

MC. MORROW, F. — Predisposition of children to lung complications as a result of whooping, coryh, scarlit feveror measles (*N.-York, M. J.*, 1895, LXI, 788).

RICHANDIÈRE, H. — La variole chez les tuberculeux (*Union méd.*, Paris, 1893, 3 s, LV, 433-438).

STERLING, S. — Small-pox and phtisis (*Zechet. f. Tubuk. u. Heilstä Heurv*, Leipzig, 1900, I, 338-340).
